

ALL. 2)

RICHIESTA CERTIFICATO VACCINAZIONE

Data _____

Il/la sottoscritto/a (Cognome e Nome) _____

Nato/a a _____ Provincia _____ il ___/___/___

Genitore/tutore di(Cognome e Nome) _____

Nato a _____ Provincia _____ il ___/___/___

Chiede

Il rilascio del certificato di vaccinazione ai fini dell'iscrizione a nido/scuola materna/scuola dell'obbligo.

A tale fine si allega:

- copia del proprio Documento di Identità

E' OBBLIGATORIO INDICARE IL RECAPITO MAIL E N° TELEFONO PER L'INOLTRO DEL CERTIFICATO

E mail _____

Telefono _____