

IZJAVA
(v smislu 3. odstavka, 38. Čl. DPR 445/2000)

Podpisani/a			
rojen/a v		pokr.	()
dne		davčna številka	
telefon		mobitel	
e-pošta			

roditelj skrbnik

učenca/ke	
-----------	--

ki obiskuje

<input type="checkbox"/> otroški vrtec	<input type="checkbox"/> Ringaraja (Gorica, ul. Brolo) <input type="checkbox"/> Sonček (Gorica, ul. Max Fabiani) <input type="checkbox"/> Pika Nogavička (Štandrež) <input type="checkbox"/> Pikapolonica (Pevma) <input type="checkbox"/> Kekec (Števerjan) <input type="checkbox"/> Mavrica (Bračan)	
<input type="checkbox"/> osnovno šolo	<input type="checkbox"/> O. Župančič (Gorica) <input type="checkbox"/> F. Erjavec (Štandrež) <input type="checkbox"/> J. Abram (Pevma) <input type="checkbox"/> A. Gradnik (Števerjan) <input type="checkbox"/> L. Zorzut (Bračan)	razred _____
<input type="checkbox"/> srednjo šolo	<input type="checkbox"/> I. Trinko (Gorica)	razred _____

S tem v zvezi, zavedajoč se, da bom v primeru lažnih izjav kaznovan/a v smislu Kazenskega zakonika, kot predpisano v 76.členu DPR 445/2000

IZJAVLJAM,

da je moj sin/moja hči cepljen/a

- proti poliomeilitisu (antipoliomielitica)
- proti davici (antidifterica)
- proti tetanusu (antitetanica)
- proti hepatitisu B (antiepatite B)
- proti oslovskemu kašlju (antipertosse)
- proti haemophilusu B (antiHaemophilusinfluenzae tipo b)

- proti ošpicam (antimorbillo)
- proti rdečkam (antirosolia)
- proti vnetju obušesnice (antiparotite)
- proti noricam (antivaricella)

- proti meningokoku B (anti-meningococcica B)*
- proti meningokoku C (anti-meningococcica C)*
- proti pnevmokoku (anti-pneumococcica) *
- proti rotavirusu (anti-rotavirus)*
* nevezno

- da bo moj sin cepljen /moja hči cepljena, kot izhaja iz priložene napotnice, dne _____

- da je moj sin/moja hči oproščen/a obveznosti za sledeča cepljenja:

- ker je bolezen že prebolel/a
- ker je v posebnem kliničnem stanju
- Prilagam potrdilo Zdravstvene službe/družinskega zdravnika
dr. _____

Podpisani/a se obvezujem, da bom do **10. julija 2018** izročil/a dokumentacijo, ki potrjuje obvezno cepljenje, kot predvideno po obstoječih predpisih.

S spoštovanjem

Datum _____

(berljiv) podpis _____

Prilagam fotokopijo osebne izkaznice (če je izjava poslana po e- pošti na naslov seg.taj.go@gmail.com)

AUTOCERTIFICAZIONE
(Dichiarazione resa ai sensi del D.P.R. 445/2000 art. 38 comma 3)

Il/La sottoscritto/a			
nato/a a		prov.	()
il		codice fiscale	
telefono fisso		cellulare	
e-mail			

genitore tutore

dell'alunno/a	
---------------	--

frequentante

<input type="checkbox"/> scuola dell'infanzia	<input type="checkbox"/> Ringaraja (Gorizia, via del Brolo) <input type="checkbox"/> Sonček (Gorizia, via Max Fabiani) <input type="checkbox"/> Pika Nogavička (Sant'Andrea) <input type="checkbox"/> Pikapolonica (Piuma) <input type="checkbox"/> Kekec (San Floriano) <input type="checkbox"/> Mavrica (Brazzano)	
<input type="checkbox"/> scuola primaria	<input type="checkbox"/> O. Župančič (Gorizia) <input type="checkbox"/> F. Erjavec (Sant'Andrea) <input type="checkbox"/> J. Abram (Piuma) <input type="checkbox"/> A. Gradnik (San Floriano) <input type="checkbox"/> L. Zorzut (Brazzano)	classe _____
<input type="checkbox"/> sc. secondaria di I grado	<input type="checkbox"/> I. Trinko (Gorizia)	classe _____

A tal fine consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del DPR 445/2000

DICHIARA

che il/la proprio/a figlio/a è stato/a sottoposto/a alle seguenti vaccinazioni

- antipoliomielitica
- antidifterica
- antitetanica
- antiepatite B
- antipertosse
- antiHaemophilusinfluenzale tipo B

- antimorbillo
- antirosolia
- antiparotite
- antivaricella

- anti-meningococcica B*
 - anti-meningococcica C*
 - anti-pneumococcica*
 - anti-rotavirus*
- * non obbligatorie

che il/la proprio figlio/a sarà vaccinato/a come da prenotazione ASL che si allega in fotocopia in data _____

che il proprio figlio/a è esonerato dall'obbligo delle seguenti vaccinazioni:

- perchè ha già contratto la malattia
- perchè in particolari condizioni cliniche

Allega attestazione del pediatra / medico di famiglia
Dott. _____

Il/la sottoscritto/a si impegna a consegnare la documentazione comprovante l'effettuazione delle vaccinazioni obbligatorie entro e non oltre il **10 luglio 2018**, come previsto dalla normativa vigente.

In fede

Data _____

Firma (leggibile) _____

Allego fotocopia della carta d'identità (se la dichiarazione viene spedita via e-mail al seg.taj.go@gmail.com)