

**A.S.L. TO3**Azienda Sanitaria Locale
di Collegno e PineroloSEDE DI COLLEGNO
SEDE LEGALE PROVVISORIA
Via Martiri XXX Aprile, 30 - 10093 Collegno TO
Tel. 011.40171P.E.C: aslto3@cert.aslto3.piemonte.itSEDE DI PINEROLO
Stradale Fenestrelle, 72 - 10064 Pinerolo TO
Tel. 0121.2331

P.I./Cod. Fisc. 09735650013

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE – STRUTTURA COMPLESSA SERVIZIO IGIENE E SANITA' PUBBLICA

Da compilare in ogni sua parte
a cura del Genitore**Copia da consegnare firmata all'Istituto Scolastico**

Data _____

Gentili Genitori di _____,

con la presente lettera vogliamo informarvi che, da quanto risulta dall'anagrafe vaccinale della nostra ASL, il vostro bambino, nato il _____, non ha effettuato (o completato) le vaccinazioni previste dall'attuale programma di prevenzione vaccinale in età pediatrica.

In base alle indicazioni nuovo Decreto legge, 07 giugno 2017, n. 73 "Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale" siete invitati a effettuare/completare le vaccinazioni di Vostro figlio/a, il _____, presso l'ambulatorio vaccinazioni della S.C.SISP.

Per il corrente anno, in sede di prima applicazione del DL, entro il 10 settembre, le scuole sono tenute a richiedervi la presentazione di idonea documentazione comprovante l'effettuazione delle vaccinazioni (un'autocertificazione) o la presentazione della volontà di adesione all'invito alla vaccinazione di vostro figlio da parte dell'azienda sanitaria locale (come da copia da consegnare firmata all'Istituto Scolastico).

La presentazione di questa documentazione costituisce requisito di iscrizione con i limiti e le modalità stabilite dalla norma.

In caso di mancata osservanza dell'obbligo vaccinale ai genitori (o ai tutori) potrà essere comminata una sanzione amministrativa pecuniaria.

Ai fini degli adempimenti dell'obbligo vaccinale, vi invitiamo pertanto a sottoscrivere l'allegata attestazione di volontà di aderire all'invito che dovrà essere consegnata alle direzioni scolastiche entro il prossimo 10 settembre 2017.

Qualora aveste già provveduto a prenotare un appuntamento per le vaccinazioni di vostro/a Figlio/a, siete pregati di non considerare la presente convocazione ma di sottoscrivere ugualmente l'attestazione allegata.

Ringraziando per l'attenzione, si porgono distinti saluti.

**IL RESPONSABILE SS
CONTROLLO MALATTIE INFETTIVE
E VACCINAZIONI – ASL TO3**

Dott. Angela Gallone

Firma sostituita dal nominativo del responsabile
ai sensi dell'art. 3 D. lgs. 12/02/1993 n. 39

I sottoscritti _____

genitori/tutori di _____ dichiarano la propria volontà di aderire all'invito della ASL.

Firma _____

(in caso di genitori separati si suggerisce che l'adesione di volontà venga firmata da entrambi)