**MODULO ATTESTAZIONE DI ESONERO O DIFFERIBILITA’ DELLE VACCINAZIONI OBBLIGATORIE**

Consapevole delle responsabilità penali dovute a false dichiarazioni,

**ATTESTO CHE**

Il mio assistito (nome e cognome) ............……………………………………………………………………………………

Nato/a a …………………………………………………................................... il ………………………………….

Residente a …………………………………………… Via ………………………………………………….......... N° …………

Distretto ASUR di appartenenza …………………………………………………

**Risulta affetto da *(specificare la condizione che determina la controindicazione alle vaccinazioni, in coerenza con le indicazioni fornite dal Ministero della Salute e dall’Istituto Superiore di Sanità nella Guida alle controindicazioni alle vaccinazioni ediz. 2009\*[[1]](#footnote-1))***

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**e che pertanto la vaccinazione** nei confronti di (segnalare le malattie per cui la vaccinazione è coontroindicata) □ Tetano, □ Difterite, □ Epatite B, □ Poliomielite, □ Pertosse, □ Haemophilus influenzae b, □ Morbillo, □ Parotite, □ Rosolia, □ Varicella

**è controindicata □ definitivamente - □ temporaneamente**

Luogo e data Il MMG □ - PLS □ (Firma e timbro)

………………………………………………………

Visto - Il Direttore del Servizio Igiene e Sanità Pubblica

 (Firma e timbro)

1. Disponibile al seguente link: http://www.salute.gov.it/imgs/C\_17\_ pubblicazioni\_1947\_allegato.pdf. Aggiornamenti di tale guida vengono fatti periodicamente in relazione alle nuove evidenze e saranno disponibili alla medesima pagina web [↑](#footnote-ref-1)