

SCUOLA MATERNA dell'Asilo Infantile  
ASSOCIAZIONE DI DIRITTO PRIVATO  
Via della Repubblica 2 28066 GALLIATE  
C.F. – Partita I.V.A. 00465540037  
Tel. 0321/861679 – cell. 3291593341  
+ e-mail [scuolamat.galliate@gmail.com](mailto:scuolamat.galliate@gmail.com) –  
sito [www.asilosalesiano.it](http://www.asilosalesiano.it)  
codice meccanografico scuola NO1A01600X



SCUOLA MATERNA SUORE ORSOLINE  
Via Santi Martiri, 38  
28066 GALLIATE  
C.F. – Partita I.V.A. 00465540037  
Tel. 0321/864889 – cell. 3318402524  
+ e-mail [info@suoreorsoline.it](mailto:info@suoreorsoline.it)  
codice meccanografico scuola NO1A015004

## **AUTOCERTIFICAZIONE**

(Ai sensi del Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità penali dovute a false dichiarazioni,

### **DICHIARA**

di non aver ricevuto convocazione dalla ASL come previsto dalla disposizione regionale  
n. 15657/A14000 del 18.07.2017

e che il proprio figlio/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

è in regola con il programma vaccinale vigente.

\_\_\_\_\_  
(luogo, data)

**Il Dichiarante**

\_\_\_\_\_

N.B. Allegare fotocopia di un documento di identità del dichiarante