



Il/La sottoscritto/a _____

nato il ____/____/____

Codice fiscale _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.

DICHIARA

quanto segue relativamente alle seguenti patologie

Morbillo	<input type="checkbox"/> vaccinazione effettuata	<input type="checkbox"/> vaccinazione NON effettuata	<input type="checkbox"/> pregressa malattia	<input type="checkbox"/> non ricorda
Parotite	<input type="checkbox"/> vaccinazione effettuata	<input type="checkbox"/> vaccinazione NON effettuata	<input type="checkbox"/> pregressa malattia	<input type="checkbox"/> non ricorda
Rosolia	<input type="checkbox"/> vaccinazione effettuata	<input type="checkbox"/> vaccinazione NON effettuata	<input type="checkbox"/> pregressa malattia	<input type="checkbox"/> non ricorda
Varicella	<input type="checkbox"/> vaccinazione effettuata	<input type="checkbox"/> vaccinazione NON effettuata	<input type="checkbox"/> pregressa malattia	<input type="checkbox"/> non ricorda
Epatite B	<input type="checkbox"/> vaccinazione effettuata	<input type="checkbox"/> vaccinazione NON effettuata		<input type="checkbox"/> non ricorda

Data _____

Firma _____

In assenza di memoria anamnestica per effettuazione di vaccinazione o pregressa malattia, l'AOUC provvederà ad effettuare una titolazione anticorpale con riferimento alle patologie sopracitate per verificare la suscettibilità del soggetto.