

DICHIARAZIONE ESENZIONE VACCINAZIONE ANTICOVID-19

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'I.C. TAURISANO POLO 1**

I sottoscritti _____,
genitori/affidatari/tutori dell'alunno/a _____ frequentante la sezione _____ /
classe _____ sez. _____ per l'a.sc. 2021-2022 della Scuola

sotto la propria responsabilità,

DICHIARANO

che il proprio figlio/a, non può essere sottoposto/a a vaccinazione AntiCovid-19 come da certificazione medica che si allega alla presente.

Pertanto,

CHIEDONO

che il proprio figlio/a prosegua la frequenza delle lezioni in presenza.

La presente, insieme alla relativa certificazione, viene inviata per e-mail al seguente indirizzo di posta elettronica:

infanzia.istanzealunni@istitutocomprensivotaurisano.edu.it
carducci.istanzealunni@istitutocomprensivotaurisano.edu.it
vanini.istanzealunni@istitutocomprensivotaurisano.edu.it
secondaria.istanzealunni@istitutocomprensivotaurisano.edu.it

indicando nell'oggetto della e-mail:

1. cognome e nome dell'alunno/a
2. classe e sezione
3. plesso di appartenenza

I sottoscritti dichiarano altresì di essere a conoscenza che, ai sensi dell'attuale normativa, l'Istituzione Scolastica è abilitata a prendere conoscenza dello stato vaccinale degli studenti ai fini di consentire loro di proseguire la didattica in presenza.

Taurisano, _____

(firma del genitore)

(firma del genitore)

Il sottoscritto _____, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR n. 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Il genitore unico firmatario
