



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
BASILICATA  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

*Spett.le U.O.C.*  
*Igiene e Sanità Pubblica*  
**POTENZA**

*Il sottoscritto* \_\_\_\_\_

*Genitore di* \_\_\_\_\_

*Nato/a* \_\_\_\_\_ *il* \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

*Che venga rilasciato attestato relativo all'adempimento dell'obbligo vaccinale dei minori.*

*(all. 2 Circolare del Ministero della Salute 14.08.2017, decreto-legge n.73 del 7 giugno 2017, convertito in con modificazioni dalla legge 31 luglio 2017, n.119)*

*Si allega copia del documento di identità*

**Firma**

---