

**Notarielle Ersatzerklärung (Art. 47, D.P.R. Nr. 445/2000)
über den Impfstatus**

Der/die Unterfertigte _____

(Nachname) (Vorname)

geb. in _____ (____) am _____

wohnhaft in _____ (____)

(Ort)(Prov.)

in Straße/Platz _____ Nr. _____

(Adresse)

ERKLÄRT unter eigener Verantwortung

und in Kenntnis der von Art. 76 des D.P.R. vom 28. Dezember 2000, Nr. 445, vorgesehenen Strafmaßnahmen im Falle falscher und irreführender Angaben als

- Mitarbeiter/Mitarbeiterin im Kindergarten / in der Schule

(Kindergarten oder Schule angeben)

im Sinne des Gesetzesdekrets vom 7. Juni 2017, Nr. 73, umgewandelt mit Abänderungen durch das Gesetz vom 31. Juli 2017, Nr. 119,

in den letzten 10-15 Jahren folgende Impfungen erhalten zu haben:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> gegen Kinderlähmung | <input type="checkbox"/> ich erinnere mich nicht |
| <input type="checkbox"/> gegen Diphtherie | <input type="checkbox"/> ich erinnere mich nicht |
| <input type="checkbox"/> gegen Tetanus | <input type="checkbox"/> ich erinnere mich nicht |
| <input type="checkbox"/> gegen Hepatitis B | <input type="checkbox"/> ich erinnere mich nicht |
| <input type="checkbox"/> gegen Keuchhusten | <input type="checkbox"/> ich erinnere mich nicht |
| <input type="checkbox"/> gegen Masern | <input type="checkbox"/> ich erinnere mich nicht |
| <input type="checkbox"/> gegen Röteln | <input type="checkbox"/> ich erinnere mich nicht |
| <input type="checkbox"/> gegen Windpocken | <input type="checkbox"/> ich erinnere mich nicht |
| <input type="checkbox"/> gegen Mumps | <input type="checkbox"/> ich erinnere mich nicht |
| <input type="checkbox"/> gegen <i>Haemophilus influenzae</i> Typ b | <input type="checkbox"/> ich erinnere mich nicht |

(Ort, Datum)

(Unterschrift)