**Allegato A2** Al Servizio Igiene e Sanità Pubblica Area Vasta …………….

Via ………………………………………………………………

 Città…………………………………………………………….

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

*(cognome) (nome)*

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

*(luogo)(prov.)*

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

*(luogo)(prov.)*

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

*(indirizzo)*

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

*(cognome) (nome)*

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

*(luogo)(prov.)*

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

*(luogo)(prov.)*

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

*(indirizzo)*

in qualità di genitore/i esercente/i la responsabilità genitoriale, di tutore ovvero di soggetto affidatario, ai sensi e per gli effetti del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, convertito con modificazioni dalla legge n. 119/2017, sotto la propria responsabilità,

CHIEDE/CHIEDONO

Che al/alla proprio/a figlio/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(cognome e nome dell’alunno/a)*

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

*(luogo)(prov.)*

vengano somministrate le vaccinazioni necessarie per il completamento di quelle previste dalla Legge 119/2017.

Al fine di concordare le modalità si chiede di essere contattato:

□ al seguente numero telefonico………………………………………

□ alla seguente email:…………………………………………………..

□ inviando comunicazione all’indirizzo sopra indicato

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(luogo, data)*

In fede

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **(in caso di genitori separati si suggerisce che la richiesta venga firmata da entrambi)**

**RECAPITI EMAIL PER INVIO DELL’ALLEGATO A2 AI SERVIZI VACCINALI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Provincia Ubicazione Scuola****Area Vasta ASUR**  | **Distretti ASUR** | **Trasmissione elenchi iscritti ad entrambe le seguenti:** |
| **e-mail ordinaria** | **PEC** |
| Pesaro - Urbino / AV 1 | Pesaro, Urbino, Fano | vaccinazioni.av1@sanita.marche.it | areavasta1.asur@emarche.it |
| Ancona / AV 2  | Senigallia, Jesi,Fabriano, Ancona | sispancona@sanita.marche.it | areavasta2.asur@emarche.it |
| Macerata\* / AV 3 | Civitanova M., Macerata, Camerino | av3.vaccinazioni@sanita.marche.it | areavasta3.asur@emarche.it |
| Fermo - AV 4 | Fermo | decreto73.av4@sanita.marche.it | areavasta4.asur@emarche.it |
| Ascoli Piceno - AV 5 | San Benedetto, Ascoli Piceno | sisp.av5@sanita.marche.it | areavasta5.asur@emarche.it |

*\* Per i Comuni di Apiro, Poggio San Vicino e Cingoli inviare alle e-mail relative all’Area Vasta 2*