

**MODULO DI RIFIUTO ALLA PRESENTAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE
RELATIVA ALLA VACCINAZIONE ANTI-HPV**
(ai sensi delle disposizioni regionali in vigore)

I/Le sottoscritti/e:

Genitore/Tutore 1

Nome e Cognome: _____

Codice Fiscale: _____

Residente a: _____

Via: _____ n. _____ CAP: _____

Telefono: _____ Email: _____

Genitore/Tutore 2

Nome e Cognome: _____

Codice Fiscale: _____

Residente a: _____

Via: _____ n. _____ CAP: _____

Telefono: _____ Email: _____

in qualità di esercenti la responsabilità genitoriale/tutoria del/la minore:

Nome e Cognome dello/a Studente/ssa: _____

Nato/a a _____ il _____

Classe frequentata (a.s. 2025/2026): _____

DICHIARANO CONGIUNTAMENTE

di **non intendere presentare** presso la segreteria scolastica alcuna documentazione relativa alla vaccinazione anti-HPV.

I sottoscritti sono consapevoli che il presente rifiuto sarà trasmesso, ove richiesto, alla competente ASL di riferimento.

Luogo: _____ Data: ____ / ____ / ____

Firme dei Genitori/Tutori:

Firma Genitore/Tutore 1: _____ Firma Genitore/Tutore 2: _____

Allegare copia dei documenti di identità in corso di validità di entrambi i firmatari.