

Al Rettore
dell'Università degli Studi
dell'Aquila

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a il _____ a _____

Iscritto/a nell'a.a. _____ al Corso di Laurea in _____

dichiara

di essere a conoscenza che il D.P.R. 465/2001 e il C.F. del 14.05.2002 prevedono l'obbligatorietà della vaccinazione antitubercolare per gli studenti iscritti ai corsi di laurea di Area Medica.

Il/la sottoscritto/a si riserva di produrre il certificato di avvenuta vaccinazione antitubercolare prima del sostenimento degli esami; in caso contrario solleva l'amministrazione da ogni responsabilità derivante dalla mancata vaccinazione.

Firma dello/della studente/ssa

L'Aquila _____
