

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà
(art. 47, d.P.R. n. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a _____

(cognome) (nome)

nato/a a _____ (____) il _____

(luogo) (prov.)

residente a _____ (____) in via _____ n. _____

(luogo) (prov.) (indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nel caso di dichiarazioni false e mendaci, in qualità di

- operatore scolastico in servizio presso _____
(istituto scolastico)

- operatore sanitario/socio sanitario in servizio presso _____,
(azienda sanitaria)

ai sensi e per gli effetti del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, come convertito con modificazioni dalla legge 31 luglio 2017, n. 119, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

di aver effettuato le seguenti vaccinazioni:

- | | |
|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> anti-poliomielitica | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-difterica | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-tetanica | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-epatite B | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-pertosse | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-morbillo | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-rosolia | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-varicella | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-parotite | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-influenzale | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-meningococcica C | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-meningococcica B | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-pneumococco | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-epatite A | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-papillomavirus | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-herpes zoster | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-rotavirus | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-tbc | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> | |

(Luogo, data)

Il Dichiarante

.....
Ai sensi dell'articolo 38, d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata all'Ufficio competente unitamente a copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore. Ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali", i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti e, secondo quanto previsto dall'articolo 48 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, saranno utilizzati esclusivamente per gli adempimenti richiesti dal decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73.