

Modulo Autocertificazione Vaccini per Docenti, Dirigenti e Personale ATA

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

Il/La sottoscritto/a _____
(nome e cognome)

nato/a a _____ (____) il _____

residente a _____ (____)

in via _____ n. _____

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 il Punto di Erogazione di: _____

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:

- anti-poliomielitica;
- anti-difterica;
- anti-tetanica;
- anti-epatite B;
- anti-pertosse;
- anti-morbillo;
- anti-rosolia;
- anti-varicella;
- anti-parotite;
- anti Haemophilus influenzae tipo b o anti-influenzale;
- anti-meningococcica C;
- anti-meningococcica B;
- anti-pneumococco;
- anti-epatite A;
- anti-papillomavirus;
- anti-herpes zoster;
- anti-rotavirus;
- anti-tbc;
- o

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.

.....
(luogo e data)

Il Dichiarante

.....