



**ISTITUTO COMPRENSIVO
"Don Diana"**

Via Cavour, 20 – 81033 Casal di Principe (CE)

C.F. 90033300618 ☎ **Presidenza** 081/8162731 📠 **tel./fax** 081/8921075
ceic872001@istruzione.it - ceic872001@pec.istruzione.it

I.C. Don Diana –
Prot. n. 00002921
(Uscita)

del 05/09/2017

Al Personale dell'Istituto
Agli atti
Al Sito Web

Circolare n. 7

Oggetto: vaccinazioni obbligatorie degli operatori scolastici presso questa istituzione scolastica

Visto le circolari MIUR 1622 del 16.08.2017 e 1679 del 01.09.2017 già pubblicate sul sito della scuola, si invitano tutti gli operatori scolastici a presentare presso gli Uffici di segreteria la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà **allegato 2** entro le ore 13.00 del giorno venerdì 8 settembre 2017.

- Si allega Modello Ministeriale

il Dirigente Scolastico
prof.ssa Maria Molinaro
(firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art.3, comma 2 del d.lgs. 39/1993)

**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 _____ ()
 (luogo)(prov.)
 in via/piazza _____ n. _____
 (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)

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

DICHIARA

di aver effettuato le seguenti vaccinazioni

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> anti-poliomelitica | <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 |

 (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.
