



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ, DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRESIVO STATALE "GARIBALDI"
Via Via Mola di Santa Maria snc – 04022 Fondi – LT - ☎ 0771.531509-/fax 0771.531738
e-mail: ltic85200d@istruzione.it PEC: : ltic85200d@pec.istruzione.it
Codice Meccanografico LTIC85200D – Codice Fiscale 90056220594

CIRC. n° 28

A tutti i docenti
Al personale ATA
AL SITO

Oggetto: autocertificazione vaccini operatori scolastici: docenti e personale ATA

Il decreto-legge n. 73 del 7 giugno 2017, convertito con modificazioni dalla legge n 119 del 31 luglio 2017, prevede una serie di adempimenti in materia di prevenzione vaccinale.

L'art. 3, co 3-bis, del decreto-legge dispone che, entro il **16 novembre 2017**, gli operatori scolastici presentino alle Istituzioni scolastiche presso le quali prestano servizio una dichiarazione sostitutiva resa ai sensi del d.P.R. 28 dicembre 2000 n 445, comprovante la propria situazione vaccinale, utilizzando il modello di cui all'allegato 2 della C.M.

A tal proposito si allega alla presente il modulo di autocertificazione che il personale produrrà e trasmetterà all'ufficio personale di questo istituto.

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Daniela Caianiello
Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3 comma 2 del Dlgs n. 39/93

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-Haemophilus influenzae 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.