



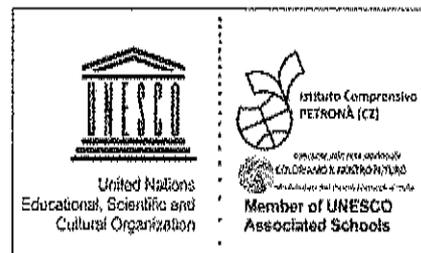
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI PETRONÀ

C.F. 97035390794 – C.M. CZIC83600R – TEL./FAX 0961933007

Via Arenacchio - 88050 PETRONA' (CZ)

Mail: czic83600r@istruzione.it – Pec: czic83600r@pec.istruzione.it

Sito Web: www.icpetrona.gov.it codice univoco: UFBFGV



Prot. n. 2674 C/27

Petronà, 29 agosto 2017

**Agli Operatori scolastici
dell'Istituto Comprensivo**

All'Albo on line

**Alla sezione trasparenza
del sito web**

Agli Atti

Oggetto: Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale, di malattie infettive e di controversie relative alla somministrazione di farmaci (L. 119 del 31/07/2017).

Vista la Legge specificata all'oggetto, si invitano gli operatori scolastici in servizio nell'a.s. 2017/2018 presso l'Istituto Comprensivo a presentare **entro il 16 novembre 2017** una **dichiarazione sostitutiva**, resa ai sensi del DPR 28 dicembre 2000 n. 445, comprovante la propria situazione vaccinale, utilizzando il modello allegato alla presente.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Rosetta FALBO

*(Firma autografa sostituita
a mezzo stampa ex art. 3 c. 2 Dlgs 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- <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b | <input type="checkbox"/> non ricordo |

 (luogo, data)

Il Dichiarante
