



**Alla Segreteria del Settore Istruzione**

**OGGETTO: Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà in merito allo stato vaccinale di operatore scolastico dell'asilo nido/scuola per l'infanzia**

Il/La sottoscritto/a: ..... nato/a ..... il ...../...../.....

C.F. .... residente a ..... in .....

operatore scolastico presso la struttura:

☐ asilo nido comunale;

☐ scuola per l'infanzia comunale;

consapevole della responsabilità penale prevista dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e ai sensi dell'art. 3-bis del D.L. 7 giugno 2017, convertito con modificazioni dalla L. 31 luglio 2017, n. 119

**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 |
| <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 |

□ .....

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.

Li ....., .....

Firma del dichiarante

.....