



Ministero Istruzione Università Ricerca  
Ufficio Scolastico Regionale Lazio

## Istituto Comprensivo "D. Cambellotti"

Via della Pineta, 2 - 00079 Rocca Priora (Roma)

### CIRCOLARE N.38

A tutto il personale  
Al sito web

oggetto: Obbligo Vaccinale e Consegna documentazione personale scolastico

Si informano che, in ottemperanza al decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, convertito con modificazioni dalla legge 31 luglio 2017, n. 119 "Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale", **entro il 16 novembre 2017**, gli operatori scolastici sono tenuti a presentare 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.

Si trasmette pertanto di seguito il modello da inviare all'indirizzo di posta elettronica segreteria@icroccapriora.it entro il 16/11/2017.

Si ringrazia per la consueta collaborazione.

Il Dirigente Scolastico  
Prof.ssa Laura Micocci

Firma autografa sostituita a mezzo stampa  
ai sensi dell'art.3, c. 2 del D.lgs. 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- <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.*