

MOD. V. INFANZIA (da consegnare esclusivamente allo sportello)

Alunno _____ Classe _____ Plesso _____
(cognome) (nome)

AI DIRIGENTE SCOLASTICO I.C. di Opera
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 genitore esercente la responsabilità genitoriale, di tutore ovvero di soggetto affidatario, ai sensi e per gli effetti del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, convertito con modificazioni dalla legge n. 119 del 31/07/2017, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

Che il proprio figlio/a, nato/a a _____ () il ____/____/____
(luogo) (prov.)

ha effettuato le vaccinazioni obbligatorie indicate di seguito:

(apporre una crocetta sulle caselle interessate)

- anti-*Haemophilus influenzae* tipo b – **3 DOSI** (indicare n. dosi se diverso) _____;
- anti-epatite B – **3 DOSI** (indicare n. dosi se diverso) _____;
- anti-poliomelitica – **3 DOSI** (indicare n. dosi se diverso) _____;
- anti-difterica – **3 DOSI** (indicare n. dosi se diverso) _____;
- anti-tetanica – **3 DOSI** (indicare n. dosi se diverso) _____;
- anti-pertosse – **3 DOSI** (indicare n. dosi se diverso) _____;
- anti-morbillo – **1 DOSE** (indicare n. dosi se diverso) _____;
- anti-rosolia – **1 DOSE** (indicare n. dosi se diverso) _____;
- anti-parotite – **1 DOSE** (indicare n. dosi se diverso) _____;
- anti-varicella (solo per i nati a partire dal 2017).

- è esonerato da uno o più obblighi vaccinali per avvenuta immunizzazione (come da attestazione allegata)
- è esonerato da uno o più obblighi vaccinali per controindicazione dovuta a condizioni cliniche (come da attestazione allegata)
- ha richiesto all'azienda sanitaria locale di effettuare le vaccinazioni obbligatorie non attuate (come da attestazione allegata).

Data, _____

Firma* _____

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.

INTEGRAZIONE DELLA DICHIARAZIONE

ALLEGATI in caso di stato vaccinale regolare :
(crocettare la scelta di interesse)

certificato vaccinale rilasciato dall'Asl

oppure

certificato vaccinale stampato dal Fascicolo Sanitario Elettronico (www.crs.regione.lombardia.it/msanita)

ALLEGATI in caso di stato vaccinale NON regolare :
(crocettare la scelta di interesse)

attestazione del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta (in caso di avvenuta immunizzazione)

attestazione del centro vaccinale (in caso di esonero definitivo/prolungato nel tempo per condizioni cliniche)

attestazione di richiesta di appuntamento per assolvere l'obbligo vaccinale (email in posta PEC o fotocopia lettera con ricevuta di invio tramite raccomandata R/R o email inviata a vaccinazioni.scuola@asst-ovestmi.it o richiesta timbrata da una sede dell'ASST Ovest Milanese per consegna diretta)

Il/la sottoscritto/a – **nel caso in cui non abbia già provveduto** – si impegna a consegnare, **entro il 10 luglio 2018 (termine stabilito dal MIUR)**, copia del libretto delle vaccinazioni vidimato dall'azienda sanitaria locale o il certificato vaccinale o un'attestazione delle vaccinazioni effettuate, rilasciati dall'azienda sanitaria locale.

Il Dichiarante

(luogo, data)
