



Unione Europea

FONDI  
STRUTTURALI  
EUROPEI

pon  
2014-2020



MIUR

PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO (FSE-FESR)

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

DIREZIONE DIDATTICA STATALE "SAN DOMENICO SAVIO"

Via Gionti n. 11 – 80040 TERZIGNO ( NA ) Tel. 081/8271941 Fax 081/8271181  
e-mail [naee18700g@istruzione.it](mailto:naee18700g@istruzione.it) [naee18700g@pec.istruzione.it](mailto:naee18700g@pec.istruzione.it) – C.F. 84005670637  
[www.scuolaprimariaterzigno.gov.it](http://www.scuolaprimariaterzigno.gov.it)

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà  
(art. 47, d.P.R. n. 445/2000)

Allegato 1

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 \_\_\_\_\_  
(cognome e nome dell'alunno/a)  
nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_  
(luogo)(prov.)

ha effettuato le vaccinazioni obbligatorie indicate di seguito<sup>1</sup>:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> anti-poliomelitica; | <input type="checkbox"/> anti-difterica;                                      |
| <input type="checkbox"/> anti-tetanica;      | <input type="checkbox"/> anti-epatite B;                                      |
| <input type="checkbox"/> anti-pertosse;      | <input type="checkbox"/> anti- <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b;          |
| <input type="checkbox"/> anti-morbillo;      | <input type="checkbox"/> anti-rosolia;  |
| <input type="checkbox"/> anti-parotite;      | <input type="checkbox"/> anti-varicella (solo per i nati a partire dal 2017). |

ha richiesto all'azienda sanitaria locale di effettuare le vaccinazioni obbligatorie non attuate.

(apporre una crocetta sulle caselle interessate)

Il/la sottoscritto/a – nel caso in cui non abbia già provveduto – si impegna a consegnare, **entro il 10 marzo 2018**, la documentazione comprovante quanto dichiarato.

\_\_\_\_\_  
(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.

<sup>1</sup> Da non compilare nel caso sia stata presentata copia del libretto di vaccinazioni vidimato dalla azienda sanitaria locale o il certificato vaccinale o un'attestazione delle vaccinazioni effettuate, rilasciati dall'azienda sanitaria locale.