



# ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI SPOLTORE

Scuola dell'Infanzia – Primaria – Secondaria di 1° grado  
 Via Montesecco, 33 - 65010 SPOLTORE (PE)  
 Segreteria 085 4961134 - Fax 085 4963457 – Presidenza 085 4961003  
 E-Mail: [peic806007@istruzione.it](mailto:peic806007@istruzione.it) Pec [peic806007@pec.istruzione.it](mailto:peic806007@pec.istruzione.it)  
 Sito web: [www.icspoltore.gov.it](http://www.icspoltore.gov.it)

C.F. 80006370680

C.M. PEIC806007



Codice Identificativo Progetto	Sotto Azione	CUP	Titolo Modulo	Imp. autorizzato
10.8.1.A1-FESRPN-AB-2015-73	10.8.1.A1	B66J15002010007	Creazione della rete nella SM D. Alighieri	€ 15.000,00
10.8.1.A3-FESRPN-AB-2015-94	10.8.1.A3	B66J15002960007	Sulle ali dei bit	€ 21.827,00

Allegato 1

➤ Al Dirigente scolastico

**OGGETTO: Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (art. 47, d.P.R. n. 445/2000) in merito all'assolvimento dell'obbligo delle vaccinazioni.**

Il/La  
 sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
 (cognome) (nome)  
 nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
 (luogo)(prov.)  
 il \_\_\_\_\_  
 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 luglio 2017, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

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

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

- anti-poliomelitica;
- anti-difterica;
- anti-tetanica;
- anti-epatite B;
- anti-pertosse;
- anti-*Haemophilus influenzae* tipo b;
- anti-morbillo;
- anti-rosolia;
- anti-parotite;
- anti-varicella (solo per i nati a partire dal 2017).

**B) 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.