



LICEO GINNASIO STATALE "N. SPEDALIERI"
Piazza Annibale Riccò s.n. 95124 Catania (CT)
Tel. 0956136290 Fax 0950938173 E-mail : info@liceospedalieri.it C.M. CTPC070002 C.F:
80009390875

CIRCOLARE interna N. 41
ALL. n. 1

Catania 11/10/2017

Ai Sig.ri Docenti
Agli Studenti
Al D.S.G.A.

LORO SEDI

Ai Sigg.ri Genitori
Al Sito dell'Istituto

Oggetto: Dichiarazione sostitutiva sulle vaccinazioni obbligatorie

In ottemperanza al D.L. 73 del 7 giugno 2017, si comunica che entro la data del 31/10/2017, gli studenti che non hanno compiuto i 17 anni di età alla data del 31/10/2017 dovranno fare pervenire ai Coordinatori di classe la documentazione relativa alle vaccinazioni effettuate secondo il modello allegato alla presente.

I Coordinatori avranno cura di far pervenire la documentazione completa alla Segreteria didattica.

Il Dirigente Scolastico Reggente
dott.ssa Daniela Di Piazza
Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi
e per gli effetti dell'art. 3, c. 2 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 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. ____ del _____, 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 seguito¹: 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).

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

¹ 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.

(apporre una crocetta sulle caselle interessate)

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

(luogo, data)

*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.

Il Dichiarante
