



MINISTERO dell'ISTRUZIONE, dell'UNIVERSITA' e della RICERCA
I. C. VIA ORMEA

Via Ormea, 6 ☎ 0661568456 📠 0661569749
00166 ROMA – XXVI° Distretto – XIII° Municipio
C.M. RMIC8G200T – C.F. 97715090581

www.icviaormea.gov.it ✉ rmic8g200t@istruzione.it ✉ rmic8g200t@pec.istruzione.it

COMUNICAZIONE DOCENTI N. 166

COMUNICAZIONE ATA N. 64

Al Personale Docente
Al Personale Ata
Tutti i plessi

Oggetto: adempimenti relativi agli obblighi vaccinali

A seguito del D.L. n. 73/2017, convertito dalla L. n. 119/2017, come chiarito dalla circolare del Miur n. 1622 del 16/08/2017, gli operatori scolastici sono tenuti, entro **il 16 novembre 2017**, a presentare all'Istituzione scolastica presso la quale prestano servizio una dichiarazione sostitutiva comprovante la propria situazione vaccinale, utilizzando il modello allegato.

Roma, 22/08/2017

PER IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Giuseppe Russo

IL SECONDO COLLABORATORE
Erica Scaramuzzino

(firma autografa sostituita a mezzo stampa, ex art. 3, co. 2, D.lgs. 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.