Al Dirigente scolastico

AUTOCERTIFICAZIONE

(Dichiarazione resa ai sensi del D.P.R. 445/2000 art. 38 comma 3)

Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. ( \_\_\_\_\_\_\_)

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

telefono fisso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

genitore/ tutore dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. ( \_\_\_\_\_\_\_)

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale (alunno) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

frequentante/iscritto la/alla scuola dell’infanzia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (plesso) sezione\_\_\_\_\_

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/la proprio/a figlio/a

* è stato sottoposto alle seguenti vaccinazioni:

|  |  |
| --- | --- |
| * antipoliomielitica
* antidifterica
* antitetanica
* antiepatite B
* antipertosse
 | * antiHaemophilusinfluenzae tipo b
* antimorbillo
* antirosolia
* antiparotite
* antivaricella
 |

Il/la sottoscritto/a si impegna a consegnare la documentazione comprovante l'effettuazione delle vaccinazioni obbligatorie entro e non oltre il 10 marzo 2018, come previsto dalla normativa vigente.

-----------------------------------------------------

* ha richiesto all’azienda sanitaria locale di effettuare le seguenti vaccinazioni obbligatorie non attuate (**allegare copia della prenotazione dell’appuntamento vaccinale rilasciata dall’AUSLL di competenza**):

|  |  |
| --- | --- |
| * antipoliomielitica
* antidifterica
* antitetanica
* antiepatite B
* antipertosse
 | * antiHaemophilusinfluenzae tipo b
* antimorbillo
* antirosolia
* antiparotite
* antivaricella
 |

-----------------------------------------------------

* che il/la proprio/a figlio/a è esonerato dall’obbligo delle seguenti vaccinazioni (**allegare idonea documentazione attestante** l’esonero, il differimento o l’omissione delle vaccinazioni per motivi di salute o di avvenuta immunizzazione a seguito di malattia naturale **redatta dal pediatra di libera scelta o dal medico di medicina generale**):

|  |  |
| --- | --- |
| * antipoliomielitica
* antidifterica
* antitetanica
* antiepatite B
* antipertosse
 | * antiHaemophilusinfluenzae tipo b
* antimorbillo
* antirosolia
* antiparotite
* antivaricella
 |

-----------------------------------------------------

In fede

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma (leggibile)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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.