



ISTITUTO COMPRENSIVO OVEST 1 – BRESCIA

Viale C. Colombo, 30 – 25127 Brescia – C.F.: 80050570177

Cod. Mecc.: BSIC885009

Tel. 030 310897 – Fax 030 3730018

e-mail: bsic885009@istruzione.it

posta certificata: bsic885009@pec.istruzione.it

www.icovest1brescia.gov.it



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 _____ ()
(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 seguito:

(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)

- 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).

(seguirà consegna copia del libretto vaccinazioni vidimato ATS o certificato vaccinale ATS entro il 10 marzo 2018)

ha richiesto all'Azienda Sanitaria Locale di effettuare le vaccinazioni obbligatorie non attuate.

(si allega copia della formale richiesta di vaccinazione all'ATS)

è esonerato da uno o più obblighi vaccinali per avvenuta immunizzazione

(come da attestazione che si allega)

è esonerato da uno o più obblighi vaccinali per motivi di salute

(si allega attestazione del medico di medicina generale o dal pediatra del SSN)

(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.