

**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)
- operatore sanitario/socio sanitario in servizio presso (azienda sanitaria)

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

di aver effettuato le seguenti vaccinazioni

- | | |
|---|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> anti-poliomielitica | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-difterica | |
| <input type="radio"/> anti-tetanica | |
| <input type="radio"/> anti-epatite B | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-pertosse | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-morbillo | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-rosolia | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-varicella | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-parotite | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-influenzale | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-meningococcica C | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-meningococcica B | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-pneumococco | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-epatite A | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-papillomavirus | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-herpes zoster | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-rotavirus | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-tbc | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> non ricordo |
| | <input type="radio"/> non ricordo |

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 di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità.

Ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali, si autorizza a trattamento dei dati sopra riportati, solo ai fini esclusivi del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73.

(luogo, data)

Il Dichiarante