



N. 587R/2016UNI EN ISO 9001:2008  
I.T.A.  
"G. BONFANTINI"  
Sedi Associate  
NOVARA  
ROMAGNANO SESIA



ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE  
"G. BONFANTINI"  
Novara



I.P.A.  
"E. G. CAVALLINI"  
Sede Associata  
SOLCIO DI LESA

Prot. 8189/A1

Al Personale Docente  
Al Personale A.T.A.

Tutte le sedi

Novara, 31 Ottobre 2017

**OGGETTO: Raccolta dati sulla situazione vaccinale degli operatori scolastici**

In accordo al D.L. n. 73 del 7 giugno 2017, convertito con modificazioni dalla legge 31 luglio 2017, n. 119, recante "Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale, di malattie infettive e di controversie relative alla somministrazione di farmaci" e alla successiva C.M. del 16/08/2017, gli operatori scolastici, personale Docente ed A.T.A., devono fornire all' Istituto di appartenenza una dichiarazione, resa ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445 (auto-certificazione), comprovante la propria situazione vaccinale.

Si richiede quindi ai destinatari della presente di compilare il modello allegato e di consegnarlo alla Segreteria, Sig. Pasquale Catanzariti o Sig.ra Angela Romano, entro e non oltre venerdì 17 Novembre 2017.

Si confida nella proficua e solerte collaborazione di tutti.

Il Dirigente Scolastico  
Arch. Pierangelo Marcalli

*Pierangelo Marcalli*



FONDI  
STRUTTURALI  
EUROPEI

pon  
2014-2020



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. 119 del 31.07.17, 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.*