



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



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.