

**Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà
(art. 47, d.P.R. n. 445/2000)**

Il sottoscritto(padre/tutore/legale rappresentante) _____
(cognome) (nome)
nato a _____ (____) il _____
(luogo)(prov.)
residente a _____ (____)
(luogo)(prov.)
in via/piazza _____ n. _____
(indirizzo)

E

La sottoscritta (madre) _____
(cognome) (nome)
nata a _____ (____) il _____
(luogo) (prov.)
residente a _____
(luogo) (prov.)
in via/piazza _____
(indirizzo)
genitori di _____

iscritto alla sezione/classe _____ plesso _____
nat__ a _____ prov. (____) il _____

consapevoli 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 genitori esercenti 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 luglio 2017, sotto la propria responsabilità,

DICHIARANO

che _____
(cognome e nome dell'alunno/a)
nato/a a _____ (____) il _____
(luogo)(prov.)

ha effettuato le vaccinazioni obbligatorie indicate di seguito¹:

anti-poliomelitica;

¹ 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-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).

ha richiesto all'azienda sanitaria locale di effettuare le vaccinazioni obbligatorie non attuate.

non ha effettuato le suddette vaccinazioni per omissione o differimento della somministrazione in relazione a specifiche condizioni cliniche documentate, attestate dal medico di medicina generale o dal pediatra del SSN (art.1 co. 3)

non ha effettuato le suddette vaccinazione per avvenuta immunizzazione a seguito di malattia naturale comprovata dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta del SSN o da copia della notifica di malattia infettiva rilasciata dalla azienda sanitaria locale competente ovvero verificata con analisi sierologica (art 1, co.2).

(apporre una crocetta sulle caselle interessate)

I sottoscritti – nel caso in cui non abbiano già provveduto – si impegnano a consegnare, **entro il 10 marzo 2018**, la documentazione comprovante quanto dichiarato.

(luogo, data)

Firma di entrambi i genitori: _____

Oppure:

Firma del tutore esercente la patria potestà dell'allievo: _____

Oppure:

(*) Firma del genitore: _____

() Nel caso di firma di un solo genitore, con la stessa si intende e sottoscrive quanto segue: "Ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del DPR 28/12/2000, n.445, sotto la mia personale responsabilità, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del citato DPR in caso di dichiarazioni mendaci, dichiaro che la/il madre/padre _____ dell'alunno/a è a conoscenza e d' accordo circa le dichiarazioni sopra riportate".*

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.