

Istituto Comprensivo Statale "F. De Sanctis" Caposele (AV) CON SEZIONI ASSOCIATE DI CALABRITTO E SENERCHIA	DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE DI AVVENUTA ESECUZIONE DELLE VACCINAZIONI OBBLIGATORIE <b>MODULO DICHIARAZIONE GENITORI</b>	Allegato 1
---	---	------------

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

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
 nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_  
 in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

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. 119 del 31 luglio 2017, sotto la propria responsabilità,

**DICHIARA**

che il/la proprio/a figlio/a \_\_\_\_\_  
 nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
 iscritto/a per l'a.s. \_\_\_\_\_ alla classe \_\_\_\_ sez. \_\_\_\_ della  
 Scuola dell'Infanzia  
 Scuola Primaria  
 Scuola Secondaria di Primo Grado  
 nel Plesso di \_\_\_\_\_

**ha effettuato le vaccinazioni obbligatorie indicate di seguito<sup>1</sup>:**

- anti-poliomelitica
- anti-difterica
- anti-tetanea
- 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)

<sup>1</sup>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.

- è esonerato da uno o più obblighi vaccinali per avvenuta immunizzazione (come da attestazione allegata)
- ha omesso o differito una o più vaccinazioni (come da attestazione allegata)
- ha richiesto all'azienda sanitaria locale di effettuare le vaccinazioni obbligatorie non attuate:

*(apporre una crocetta sulle caselle interessate)*

- anti-poliomelitica
- anti-difterica
- anti-tetanea
- 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)

**Il/la sottoscritto/a – nel caso in cui non abbia già provveduto – si impegna a consegnare, entro il 10 marzo 2018, la documentazione comprovante quanto dichiarato.**

---

*(luogo, data)*

**Il Dichiarante**

---

*(firma)*

*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.*

**N.B. → L'intera circolare con i relativi allegati è consultabile e scaricabile dal sito WEB dell'Istituto:**  
[www.iccapsele.gov.it](http://www.iccapsele.gov.it)