



LICEO SCIENTIFICO STATALE
“FERMI – MONTICELLI” - EUROPEAN HIGH SCHOOL
Via Nicola Brandi, 14 – 72100 Brindisi Tel. 0831.452615
Codice Fiscale: 91074520742 – Cod. Min. BRPS09000V
E-mail: brps09000v@istruzione.it – brps09000v@pec.istruzione.it
Indirizzo web: www.fermiliceobrindisi.it

Comunicazione n° 48

Brindisi, 06/11/2017

Al Personale Docente
Al D.S.G.A.
Al Personale ATA
Al Sito web
Loro Sedi

Oggetto: A. S. 2017/18 – Obblighi vaccinali personale scolastico - rettifica.

Facendo seguito alla Comunicazione interna n° 38 del 26/10/2017, si allega alla presente il corretto modello di autocertificazione da utilizzare. Resta comunque valida la documentazione eventualmente già presentata.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
prof.ssa Stefania METRANGOLO
Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi
per gli effetti dell'art.3, c.2 del D.Lgs. n.39/93

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

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
prov. (____) il ___/___/_____ residente in _____ prov. (____)
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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Docente | <input type="checkbox"/> Assistente Amministrativo |
| <input type="checkbox"/> Collaboratore scolastico | <input type="checkbox"/> Personale Tecnico |

ai sensi e per gli effetti del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, convertito con modificazioni dalla legge n. ____ del _____, 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 |

Brindisi, ___/___/_____

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.