

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 _____ (____) in via _____ n. _____
(luogo) (prov.) (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 _____
ai sensi e per gli effetti del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, convertito con modificazioni dalla legge 31 luglio 2017, n. 119, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

di aver effettuato le seguenti vaccinazioni:

- | | |
|---|-------------|
| ☐ anti-poliomielitica | non ricordo |
| ☐ anti-difterica; | non ricordo |
| ☐ anti-tetanica; | non ricordo |
| ☐ anti-epatite B; | non ricordo |
| ☐ anti-pertosse; | non ricordo |
| ☐ anti-morbillo | non ricordo |
| ☐ anti-rosolia | non ricordo |
| ☐ anti-varicella | non ricordo |
| ☐ anti-parotite | non ricordo |
| ☐ anti- <i>Haemophilus influenzae</i> tiop b; | non ricordo |
| ☐ anti-influenzale | non ricordo |
| ☐ anti-meningococcica C | non ricordo |
| ☐ anti-meningococcica B | non ricordo |
| ☐ anti-pneumococco | non ricordo |
| ☐ anti-epatite A | non ricordo |
| ☐ anti-papillomavirus | non ricordo |
| ☐ anti-herpes-zoster | non ricordo |
| ☐ anti-rotavirus | non ricordo |
| ☐ _____ | |

Luogo, _____

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)

Ai sensi dell'art. 10 della legge 675/1996 e successive modificazioni, le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.