

Scuola  
Viva



La scuola aperta a tutti



UNIONE EUROPEA

FONDI  
STRUTTURALI  
EUROPEI

pon  
2014-2020

PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO (FSE-FESR)



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca  
Dipartimento per la Programmazione  
Direzione Generale per Interventi in materia di edilizia  
scuolastica, per la gestione dei fondi strutturali per  
l'istruzione e per l'innovazione digitale  
Villica IV

MIUR

**DIREZIONE DIDATTICA STATALE II CIRCOLO POMIGLIANO D'ARCO**

Via Roma, 77- 80038 Pomigliano d'Arco

Distretto scolastico n.31 Cod. Fisc.: 93053360637 Codice mecc.: NAEE358009

Tel./ Fax 081 3177300-Cell. 3777098514 e-mail: [naee358009@istruzione.it](mailto:naee358009@istruzione.it) PEC [naee358009@pec.it](mailto:naee358009@pec.it)

[www.secondocircolopomigliano.eu](http://www.secondocircolopomigliano.eu)

Prot. N. 5457/B3-310

**Pomigliano d'Arco, 20/09/2017**

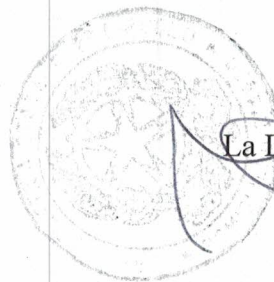
**Al personale scolastico**

**Al Sito web**

**Atti**

**Oggetto: Dichiarazione comprovante la situazione vaccinale ex D.L. 7/6/2017 convertito dalla L. n. 73 del 31/7/2017**

L'art. 3 co. 3-bis del decreto in oggetto dispone che, entro il 16 novembre 2017, gli operatori scolastici presentino alle istituzioni scolastiche presso le quali prestano servizio, una dichiarazione sostitutiva, resa ai sensi del DPR 28/12/2000 n- 445, comprovante la propria situazione vaccinale. Le SS.LL. sono invitate pertanto ad ottemperare a tale obbligo di legge compilando il modello allegato, reperibile anche sul sito istituzionale [www.secondocircolopomigliano.eu](http://www.secondocircolopomigliano.eu), entro il termine sopraindicato.



La Dirigente Scolastica

### Allegato 3

## 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 \_\_\_\_\_  
(istituto scolastico)
- operatore sanitario/socio sanitario in servizio presso \_\_\_\_\_,  
(azienda sanitaria)

ai sensi e per gli effetti del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, come convertito con modificazioni dalla legge 31 luglio 2017, n. 119, sotto la propria responsabilità,

### DICHIARA

di aver effettuato le seguenti vaccinazioni:

- |   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> anti-poliomielitica                       | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-difterica                            | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-tetanica                             | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-epatite B                            | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-pertosse                             | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-morbillo                             | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-rosolia                              | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-varicella                            | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-parotite                             | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-influenzale                          | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-meningococcica C                     | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-meningococcica B                     | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-pneumococco                          | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-epatite A                            | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-papillomavirus                       | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-herpes zoster                        | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-rotavirus                            | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-tbc                                  | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> .....                                     |                                   |

\_\_\_\_\_  
(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.