

Istituto Scolastico Paritario "Cardinal Ferrari"

delle Suore Sacramentine - Cantù (CO)

- Alla Coordinatrice della Scuola dell'Infanzia
- Alla Coordinatrice della Scuola Primaria
- Alla Preside della Scuola Secondaria di Primo Grado
- Alla Preside del Liceo Linguistico

AUTOCERTIFICAZIONE

(Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi del D.P.R. n. 445/2000)

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

Genitore/ tutore dell'alunno/a

nato/a a _____ (____) il _____
(luogo)(prov.)
frequentante la classe/sezione _____

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

ha effettuato le vaccinazioni obbligatorie indicate di seguito:

- anti-poliomelitica;
- 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).

(continua)

Istituto Scolastico Paritario "Cardinal Ferrari"

delle Suore Sacramentine - Cantù (CO)

oppure

- che il/la proprio/a figlio/a sarà vaccinato/a come da prenotazione ASL che si allega

oppure

- che il/la proprio/a figlio/a è esonerato dall'obbligo delle seguenti vaccinazioni:
-
-

- perché ha già contratto la malattia
 perché in particolari condizioni cliniche
e allega attestazioni del pediatra/medico di famiglia Dott. _____

Ha inoltre effettuato le vaccinazioni consigliate:

- anti-meningococcica B
 anti-meningococcica C
 anti-pneumococcica
 anti-rotavirus

e eventuali altre vaccinazioni:

- anti-HPV (per i ragazzi e ragazze nel 12° anno di vita, 2 dosi)
 anti-meningococcica tetravalente ACWY 135 (1 dose)

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:

copia del libretto di vaccinazioni vidimato dall'Azienda Sanitaria Locale

o il certificato vaccinale, rilasciato dall'Azienda Sanitaria Locale

o un'attestazione delle vaccinazioni effettuate, rilasciato dall'Azienda Sanitaria Locale.

(luogo, data)

Il Dichiarante

(Firma leggibile)

*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.