**Dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà**

**(art. 47, d.P.R. n. 445/2000)**

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_)

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

□ operatore scolastico in servizio presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ai sensi e per gli effetti del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, convertito con modificazioni dalla legge n. 119 del 31.07.2017, sotto la propria responsabilità,

**DICHIARA**

in relazione alle vaccinazioni prescritte dalle norme sopra richiamate, quanto segue:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **anti-poliomelitica** | □ sono stato vaccinato (1) | □ ho contratto la patologia in passato | □ non sono stato vaccinato | □ non ricordo |
| **anti-difterica** | □ sono stato vaccinato (1) | □ ho contratto la patologia in passato | □ non sono stato vaccinato | □ non ricordo |
| **anti-tetanica** | □ sono stato vaccinato (1) | □ ho contratto la patologia in passato | □ non sono stato vaccinato | □ non ricordo |
| **anti-epatite B** | □ sono stato vaccinato (1) | □ ho contratto la patologia in passato | □ non sono stato vaccinato | □ non ricordo |
| **anti-pertosse** | □ sono stato vaccinato (1) | □ ho contratto la patologia in passato | □ non sono stato vaccinato | □ non ricordo |
| **anti-morbillo** | □ sono stato vaccinato (1) | □ ho contratto la patologia in passato | □ non sono stato vaccinato | □ non ricordo |
| **anti-rosolia** | □ sono stato vaccinato (1) | □ ho contratto la patologia in passato | □ non sono stato vaccinato | □ non ricordo |
| **anti-varicella** | □ sono stato vaccinato (1) | □ ho contratto la patologia in passato | □ non sono stato vaccinato | □ non ricordo |
| **anti-parotite** | □ sono stato vaccinato (1) | □ ho contratto la patologia in passato | □ non sono stato vaccinato | □ non ricordo |
| **anti-*Haemophilus influenzae* tipo b** | □ sono stato vaccinato (1) | □ ho contratto la patologia in passato | □ non sono stato vaccinato | □ non ricordo |

(1) La scelta di tale voce equivale a dichiarare che si è in regola con gli specifici protocolli vaccinali previsti per ogni singola patologia (validità temporale, richiami ecc.)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(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.*