

	4^ ISTITUTO COMPRENSIVO "Rosmini" di PADOVA	
Sede: Via J. Da Montagnana, 91 – 35132 Padova Tel. 0498644800 – Fax 049606639 – Distretto 44 C.M. PDIC88100A – C.F. 92199620284		
E-mail: PDIC88100A@istruzione.it PEC: PDIC88100A@pec.istruzione.it Sito web: www.4icpadova.gov.it		
 <p style="font-size: small;">PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO (FSE-FESR)</p>		

COM. N. 9
B 19

Padova, 4 ottobre 2017

Ai docenti
 Ai collaboratori scolastici e LSU
 Al personale di segreteria
 Alla DSGA

Oggetto: Dichiarazione del personale in servizio 4° IC Rosmini – Legge n. 119/2017

Vista la Legge n.119/2017 e la circolare n. 1622/2017 sull'obbligo delle vaccinazioni, Si invita il personale in servizio presso il 4° IC Rosmini di Padova a compilare e sottoscrivere l'allegato modello di autodichiarazione, ai sensi del DPR n. 445/2000, comprovante la propria situazione vaccinale.

La dichiarazione va presentata entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della legge, ossia entro il 16 novembre 2017, come indicato dalla Circolare ministeriale.

Il modello compilato deve essere consegnato in Segreteria – ufficio personale.

Si ringrazia per la collaborazione,

Il Dirigente Scolastico
 Maria Mapelli

**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 _____ ()
(luogo)(prov.)
in via/piazza _____ n. _____
(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)

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 |

(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.