

**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, ai sensi e per gli effetti della legge 119/2017, sotto la propria responsabilità,

**DICHIARA**

di aver effettuato le seguenti vaccinazioni

- |   |                                      |   |
|---|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> anti-poliomelitica                         | <input type="checkbox"/> non ricordo | <input type="checkbox"/> malattia contratta |
| <input type="checkbox"/> anti-difterica                             | <input type="checkbox"/> non ricordo | <input type="checkbox"/> malattia contratta |
| <input type="checkbox"/> anti-tetanica                              | <input type="checkbox"/> non ricordo | <input type="checkbox"/> malattia contratta |
| <input type="checkbox"/> anti-epatite B                             | <input type="checkbox"/> non ricordo | <input type="checkbox"/> malattia contratta |
| <input type="checkbox"/> anti-pertosse                              | <input type="checkbox"/> non ricordo | <input type="checkbox"/> malattia contratta |
| <input type="checkbox"/> anti-morbillo                              | <input type="checkbox"/> non ricordo | <input type="checkbox"/> malattia contratta |
| <input type="checkbox"/> anti-rosolia                               | <input type="checkbox"/> non ricordo | <input type="checkbox"/> malattia contratta |
| <input type="checkbox"/> anti-varicella                             | <input type="checkbox"/> non ricordo | <input type="checkbox"/> malattia contratta |
| <input type="checkbox"/> anti-parotite                              | <input type="checkbox"/> non ricordo | <input type="checkbox"/> malattia contratta |
| <input type="checkbox"/> anti- <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b | <input type="checkbox"/> non ricordo | <input type="checkbox"/> malattia contratta |

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