**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 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 31 luglio 2017,

n. 119, sotto la propria responsabilità,

# DICHIARA

che

 *(cognome e nome dell’alunna/o)*

nato/a a ( ) il

frequentante la scuola­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­ classe \_\_\_\_\_\_\_ Sez.\_\_\_\_\_

* ha effettuato le vaccinazioni obbligatorie indicate di seguito1:
	+ anti-poliomielitica;
	+ anti-difterica;
	+ anti-tetanica;
	+ anti-epatite B;
	+ anti-pertosse;
	+ anti-*Haemophilus influenzale* tipo b;
	+ anti-morbillo;
	+ anti-rosolia;
	+ anti-parotite;
	+ anti-varicella *(solo per i nati a partire dal 2017)*

**1 Da non compilare nel caso in cui sia stata presentata copia del libretto delle vaccinazioni vidimato dalla azienda sanitaria locale o il certificato vaccinale o un’attestazione delle vaccinazioni effettuate, rilasciati dall’azienda sanitaria locale.**

* ha richiesto all’azienda sanitaria locale di effettuare le vaccinazioni obbligatorie non attuate.
* che il/la proprio/a figlio/a è esonerato dall’obbligo delle seguenti vaccinazioni

*(apporre una croce sulle caselle di interesse)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Per il seguente motivo:*

* perché ha già contratto la malattia
* perché in particolari condizioni cliniche

e allega attestazione del pediatra /medico di famiglia

Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a – nel caso in cui non abbia già provveduto – si impegna a consegnare, entro il 10 marzo 2019, copia del libretto delle vaccinazioni vidimato dalla azienda sanitaria locale o il certificato vaccinale o un’attestazione delle vaccinazioni effettuate, rilasciati dall’azienda sanitaria locale.

 *(luogo, data)* **Il Dichiarante**

…………..…………………………………………..

Ai sensi dell’art 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