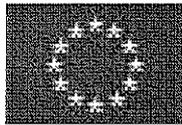


Ambito NA 19



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE

“Bovio-Pontillo-Pascoli” - CICCIANO

Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di I grado

Via degli Anemoni – 80033 Cicciano (NA) – Tel 081 8248687 – Fax 081 8261852

C. M.: NAIC8EX00R - C. F.: 92044530639 - e-mail: naic8ex00r@istruzione.it - pec: naic8ex00r@pec.istruzione.it

Avviso n. 22 Prot. n. 6231/08-01

Cicciano, 12/10/2017

Ai Coordinatori/Resp.li di Plesso
A tutto il Personale Docente
Al Personale ATA
Al Dsga
Al Sito Web/Albo
Atti

Oggetto: Adempimenti obblighi vaccinali.

In ottemperanza a quanto previsto dal decreto legge 7 giugno 2017, n. 73, convertito con modificazioni dalla L. 31 luglio 2017, n. 119, recante “Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale, di malattie infettive e di controversie relative alla somministrazione di farmaci”, si invitano i Docenti ed il personale ATA a depositare entro il 16 Novembre 2017, presso l'Ufficio del Personale, idonea attestazione comprovante l'assolvimento degli obblighi vaccinali.

Si confida nella più ampia collaborazione.



Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Maria Caiazzo



MODELLO PER OPERATORI SCOLASTICI**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.