



I.I.S. LICEO ARTISTICO STATALE "San Leucio" (CE)

Via P. Tenga, 116 - 81020 Caserta

Distr. Scol. N. 12 - Cod. I.I.S.CEIS042009 - Cod. Fisc. 93098380616

Tel. 0823-304 917 - Fax 0823-361 565 Tel/Fax Presidenza 0823-303 971

e-mail ceis042009@istruzione.it; pec: ceis042009@pec.istruzione.it

Sez. Associata LICEO ARTISTICO STATALE SAN LEUCIO Cod. Istituto CESD042016

Sez. Associata IPJA SAN LEUCIO Cod. Istituto CER1042011

Sede Succursale - Viale Delle Industrie Ex Saint Gobain- 81100 Caserta -Tel.0823/326095

sito web www.isasanleucio.gov.it

Caserta 7/09/2017

Prot. n° 2134

Ai genitori delle studentesse degli studenti
in età di obbligo scolastico fino al compimento
del 16° anno di età.

Oggetto: "Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale" in applicazione del
D.L. 73 del 7/06/2017, convertito con modificazioni dalla L.119 del 31/07/2017

In ottemperanza alle indicazioni ministeriali, si invitano i genitori delle studentesse e
degli studenti in età di obbligo scolastico fino al compimento del 16° anno di età.
a fornire, entro il 31 ottobre 2017 presso la segreteria didattica dell'Istituto, le
informazioni relative agli obblighi vaccinali utilizzando il modulo in allegato.
Si ringrazia per la collaborazione.

Il Dirigente Scolastico
Prof. Antonio Fusco

**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 (DISPOSIZIONI URGENTI in materia di prevenzione vaccinale, di malattie infettive e di controversie relative alla somministrazione di farmaci), sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

che _____
(cognome e nome dell'alunno/a)

nato/a a _____ () il ____/____/____
(luogo) (prov.)

ha effettuato le vaccinazioni obbligatorie indicate di seguito¹¹:

- anti-poliomielitica;
- anti-difterica;
- anti-tetanica;
- anti-epatite B;
- anti-pertosse;
- anti-*Haemophilus influenzae* tipo b;
- anti-morbillo;
- anti-rosolia;
- anti-parotite;
- anti-varicella (solo per i nati a partire dal 2017).

ha richiesto all'azienda sanitaria locale di effettuare le vaccinazioni obbligatorie non effettuate.

(apporre una croce sulle caselle di interesse)

¹¹ Da non compilare nel caso in cui sia stata presentata copia del libretto delle vaccinazioni vidimato dall'azienda sanitaria locale o il certificato vaccinale o un'attestazione delle vaccinazioni effettuate, rilasciati dall'azienda sanitaria locale.

Il/La sottoscritto/a – nel caso in cui non abbia già provveduto – si impegna a consegnare, **entro il 10 marzo 2018**, la documentazione comprovante quanto dichiarato.

(luogo e data)

Il Dichiarante

Ai sensi dell'art.38, D.P.R. 445 del 28/12/2000, 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'art. 48 del d.P.R. 28/12/2000, n. 445, saranno utilizzati esclusivamente per gli adempimenti richiesti dal decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73.