

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 in servizio presso _____
(*istituto scolastico*)

ai sensi e per gli effetti del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, come convertito con modificazioni della Legge 31 luglio 2017, n. 119, 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 |
| <input type="checkbox"/> anti-influenzale | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-meningococcica C | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-meningococcica B | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-pneumococco | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-epatite A | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-papillomavirus | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-herpes zoster | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-rotavirus | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-tbc | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> non ricordo |

Latina, _____

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.

Il sottoscritto dà il consenso al trattamento dei dati personali dichiarati nel presente modulo e alla comunicazioni degli stessi alla ASL competente per territorio.
Si dichiara altresì di aver ritirato l'informativa del trattamento dei dati a norma del DLGS 196/2003 dai titolari del trattamento dell' I.C. Frezzotti Corradini e della ASL di Latina.