



**MINISTERO DELL'ISTRUZIONE DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA**  
**UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO**  
**ISTITUTO COMPRENSIVO "ANTONIO DE CURTIS"**

Via della Tenuta di Torrenova, 130 - 00133 ROMA

☎ 062022705 Fax. 0620419196 - cod.mec. RMIC85200L – cod. fisc. 9702047058

[www.icdecurtis.gov.it](http://www.icdecurtis.gov.it)

<http://scuoladecurtis.blogspot.com>

e-mail: [rmic85200l@istruzione.it](mailto:rmic85200l@istruzione.it) [RMIC85200L@PEC.ISTRUZIONE.IT](mailto:RMIC85200L@PEC.ISTRUZIONE.IT)

Circ. n. 16

A TUTTO IL PERSONALE SCOLASTICO  
I.C. "A. DE CURTIS, IN ARTE TOTO"

SITO WEB

Roma, 19.09.2017

Ogg.: PREVENZIONE VACCINALE – DISPOSIZIONI NORMATIVE **D.L. N. 73/17** convertito in **L. N.119/17**; **NOTA MIUR Prot. 1622 16/08/2017.**

Si ricorda a tutto il personale scolastico che il decreto-legge in oggetto, come modificato in sede di conversione, oltre a disporre per le famiglie le procedure di dichiarazione delle vaccinazioni effettuate dagli alunni, dispone le modalità di comunicazione **anche da parte del personale scolastico.**

Entro il 16 novembre 2017, gli operatori scolastici devono presentare alla Segreteria del protocollo una dichiarazione sostitutiva resa ai sensi del d.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, comprovante la propria situazione vaccinale, utilizzando il modello allegato.

Si allega **MODELLO DICHIARAZIONE.**



DIRIGENTE SCOLASTICO

PROF. SSA SERAFINA DI SALVATORE

**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**

\_\_\_\_\_