

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

(da allegare al modello per la "Prevenzione vaccinale")

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in Via \_\_\_\_\_

- Avvalendosi del diritto sancito dall' art. 15 della legge 12 novembre 2011 n. 183 di presentare all'Amministrazione pubblica, esclusivamente, una dichiarazione in sostituzione delle certificazioni comprovanti stati, qualità personali e fatti, di cui all' art. 46 del D.P.R. 445/2000;
- Consapevole del fatto che il rilascio o l'utilizzo di dichiarazioni mendaci costituisce reato punito dal codice penale e comporta la decadenza dai benefici ottenuti mediante l' autocertificazione;
- Informato/a dell'art. 13 del D.lgs. 196 del 30 Giugno 2003, e successive modifiche e integrazioni, che l'amministrazione utilizzerà i dati personali in essa contenuti esclusivamente nel procedimento avviato con l' istanza

## DICHIARA

sotto la propria responsabilità, agli effetti degli artt. 40 e 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, quanto segue:

che mio/a figlio/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**ha effettuato le vaccinazioni obbligatorie indicate di seguito elencato:**

- anti-poliomelitica;
- anti-difterica;
- anti-tetanica;
- anti-epatite B;
- anti-pertosse ;
- anti-*Haemophilus influenzae* tipo b;
- anti-morbiillo;
- anti-rosolia;
- anti-parotite;
- anti-varicella.

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, frequentante la sezione/classe \_\_\_\_\_

in conformità al Decreto Legge N° 73 del 07 Giugno 2017, rendo le seguenti dichiarazioni:

| Vaccinazione anti: |  | Se la vaccinazione è stata eseguita<br><u>apporte firma leggibile</u><br><u>altrimenti barrare</u><br><br><u>Si allega certificazione</u> | Se avvenuta immunizzazione a seguito di malattia naturale<br><u>apporte firma leggibile</u><br><u>altrimenti barrare</u><br><br><u>Si allega notifica del medico curante.</u> | Se la vaccinazione rappresenta accertato pericolo per la salute, in relazione a specifiche condizioni documentate, <u>apporte firma leggibile</u> ,<br><u>altrimenti barrare</u><br><br><u>Si allega attestazione del medico di medicina generale o pediatra</u> | Se si è presentata formale richiesta di vaccinazione alla ASL,<br><u>apporte la firma leggibile</u><br><u>altrimenti barrare</u><br><br><u>Si allega copia della richiesta</u> |
|--------------------|--|---|---|--|--|
| 1                  | Poliomelitica                                  |   |   |  |  |
| 2                  | Difterica                                      |   |   |  |  |
| 3                  | Tetanica                                       |   |   |  |  |
| 4                  | Epatite B                                      |   |   |  |  |
| 5                  | Pertosse                                       |   |   |  |  |
| 6                  | Haemophilus intluenzae tipo B                  |   |   |  |  |
| 7                  | Morbillo                                       |   |   |  |  |
| 8                  | Rosolia  |   |   |  |  |
| 9                  | Parotite                                       |   |   |  |  |
| 10                 | Varicella (solo per i nati a partire dal 2017) |   |   |  |  |

**In totale ci dovrà essere una firma per ogni vaccinazione. Le caselle che non interessano dovranno essere barrate.**

Si allegano:

- o Copia certificazione delle vaccinazioni effettuate
- o Copia notifica del medico curante per immunizzazione a seguito di malattia naturale
- o Copia attestazione del medico di medicina generale o del pediatra per condizioni cliniche documentate
- o Copia richiesta di vaccinazione alla ASL
- o Dichiarazione sostitutiva di certificazione (se entro il 31/10/2017 non si dispone di documentazione comprovante l'effettuazione di tutte o parte delle vaccinazioni, è possibile produrre auto dichiarazione usando il modello allegato. In tal caso le certificazioni dovranno essere presentate non oltre il 10/03/2018)

Dichiaro di essere informato, ai sensi e agli effetti di cui alla L. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno, trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell' ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Seregno, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma dei genitori o tutori legali \* \_\_\_\_\_

\* Nel caso di impossibilità ad acquisire il consenso scritto di entrambi i genitori si invita a firmare anche la dichiarazione sottoscritta.

**Il/la sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316,337 ter e 337 quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i Genitori.**

(Riferimento alla nota del MIUR prot. N° 5336 del 02 Settembre 2015 con oggetto " Indicazioni operative per la concreta attuazione in ambito scolastico della Legge 54/2006 - Disposizioni in materia di separazione dei Genitori e affidamento condiviso dei figli")

Firma dell'interessato/a \_\_\_\_\_