

Alla Dirigente Scolastica dell'I.C. "Fogazzaro" Trissino

**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)

genitore/tutore dell'alunno/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
(luogo)(prov.)

frequentante la scuola \_\_\_\_\_ classe/sez. \_\_\_\_\_

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 n. 119 del 31/07/2017, sotto la propria responsabilità,

**DICHIARA**

che il/la proprio/a figlio/a

☐ **ha effettuato le vaccinazioni obbligatorie indicate di seguito<sup>1</sup>:** (si allega copia del libretto delle vaccinazioni).

- ☐ anti-poliomelitica;
- ☐ 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).

☐ copia del libretto delle vaccinazioni aggiornato già consegnato alla scuola.

---

<sup>1</sup> Da non compilare nel caso sia stata presentata copia del libretto di vaccinazioni vidimato dalla azienda sanitaria locale o il certificato vaccinale o un'attestazione delle vaccinazioni effettuate, rilasciati dall'azienda sanitaria locale.

che per il/la proprio/a figlio/a

- ☐ **ha richiesto all'azienda sanitaria locale di effettuare le vaccinazioni obbligatorie non attuate**  
(si allega copia della richiesta).

che il/la proprio/a figlio/a

- ☐ **è esonerato/a dall'obbligo di effettuare le seguenti vaccinazioni:**

---

---

---

per il seguente motivo:

- ☐ ha già contratto la malattia  
☐ è in particolari condizioni cliniche

(si allega attestazione del pediatra/medico di medicina generale).

*(apporre una crocetta sulle caselle interessate)*

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, data)

Il Dichiarante

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)

*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.*