

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.*