

Al Dirigente Scolastico
dell’I.C. Tommasone-Alighieri
Lucera

ATTESTAZIONE SUGLI ADEMPIMENTI VACCINALI

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)

in qualità di genitore di tutore , ovvero, di soggetto affidatario , ai sensi e per gli effetti del D.L. 7 giugno 2017, n. 73, convertito con modificazioni dalla L. n.119 del 31 luglio 2017, recante “Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale, di malattie infettive e di controversie relative alla somministrazione di farmaci”, che ha introdotto l’obbligo vaccinale per i minori da 0 a 16 anni, compresi i minori stranieri non accompagnati,

CONSAPEVOLE

che, per la Scuola dell’Infanzia, la presentazione della documentazione di cui all’art. 3, comma 1, del predetto Decreto Legge **costituisce requisito di accesso alla Scuola stessa**;

DICHIARA

ai sensi dell’art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, sotto la propria responsabilità,

che _____
cognome nome dell’alunno/a

nato/a a _____ () il _____
(luogo) (prov.)

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

(apporre una crocetta sulle caselle interessate)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> anti-poliomelitica | <input type="checkbox"/> anti- <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b |
| <input type="checkbox"/> anti-difterica | <input type="checkbox"/> anti-morbillo |
| <input type="checkbox"/> anti-tetanica | <input type="checkbox"/> anti-rosolia |
| <input type="checkbox"/> anti-epatite B | <input type="checkbox"/> anti-parotite |
| <input type="checkbox"/> anti-pertosse | <input type="checkbox"/> anti-varicella |

- **ha presentato formale richiesta all'Azienda Sanitaria Locale per effettuare le seguenti vaccinazioni obbligatorie non ancora attuate:**

(apporre una crocetta sulle caselle interessate)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> anti-poliomelitica | <input type="checkbox"/> anti- <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b |
| <input type="checkbox"/> anti-difterica | <input type="checkbox"/> anti-morbillo |
| <input type="checkbox"/> anti-tetanica | <input type="checkbox"/> anti-rosolia |
| <input type="checkbox"/> anti-epatite B | <input type="checkbox"/> anti-parotite |
| <input type="checkbox"/> anti-pertosse | <input type="checkbox"/> anti-varicella |

- **il proprio figlio minore rientra nella situazione di:**

- esonero (per chi si è immunizzato naturalmente)
- omissione (per chi si trova in particolari condizioni cliniche)
- differimento delle vaccinazioni.

Il/la sottoscritto/a – nel caso in cui non abbia già provveduto – si impegna a consegnare, **entro il 10 luglio 2023**, la documentazione comprovante quanto dichiarato.

(Nel caso in cui i genitori non presentino la documentazione, entro i successivi 10 gg, la Scuola dovrà provvedere a segnalare il caso all'ASL per gli adempimenti di competenza).

_____, _____
(luogo) (data)

Firma del genitore _____

(ai sensi degli art. 46 e 47 DPR 445/2000)

CONSENSO CONGIUNTO

Il/La sottoscritto/a padre/madre, in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale, così come previsto dagli artt.316,337 ter e 337 quater del Codice Civile e ss.mm.ii. in materia di consenso di entrambi i genitori, dichiara

che il/la padre/madre è a conoscenza della presente dichiarazione resa alla Scuola.

Data

Firma del genitore

(ai sensi degli art. 46 e 47 DPR 445/2000)

Allegati da presentare:

- **Fotocopia documento di identità dei dichiaranti.**
 - **Certificato vaccinale** o attestazione delle vaccinazioni effettuate, rilasciati dall'azienda sanitaria locale.
- oppure**
- **attestazione del differimento o dell'omissione** delle vaccinazioni per motivi di salute redatta dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta del servizio sanitario nazionale;
- oppure**
- **attestazione di avvenuta immunizzazione** a seguito di malattia naturale, rilasciata dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta del SSN, oppure copia della notifica di malattia infettiva rilasciata dalla azienda sanitaria locale competente o verificata con analisi sierologica.

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.