

**Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà - (art. 47, D.P.R. n. 445/2000)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_  
Telefono fisso \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_  
e-mail: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
genitore/ tutore dell'alunno/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

iscritto alla Scuola:      Infanzia       Aldo Moro       Delibera       Francesco Lama  
   Primaria       Elisabetta Fiorini       Don Adriano Bragazzi       Francesco Lama  
 Secondaria di I grado Appio Francesco Monti

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 31 luglio 2017, n. 119, sotto la propria responsabilità,

**DICHIARA**

**che il/la proprio/a figlio/a è stato sottoposto/a alle seguenti vaccinazioni:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> anti-poliomelitica | <input type="checkbox"/> anti-Haemophilus influenzae 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 (solo per i nati a partire dal 2017) |

**che il/la proprio/a figlio/a sarà vaccinato (come da prenotazione ASL allegata);**

**che il/la proprio/a figlio/a ha omesso o differito una o più vaccinazioni (come da attestazione allegata);**

**che il/la proprio/a figlio/a è esonerato dall'obbligo delle seguenti vaccinazioni:**

\_\_\_\_\_  
 **perché ha già contratto la malattia (come da attestazione allegata)  
oppure**

**perché in particolari condizioni cliniche (come da attestazione allegata).**

Terracina, \_\_\_\_\_  
(data)

**Il Dichiarante**

*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" e del Reg. UE 2016/679, 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.*