



UNIONE EUROPEA

FONDI
STRUTTURALI
EUROPEI

pon
2014-2020

PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO-FESR



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Dipartimento per la Programmazione
Direzione Generale per interventi in materia di edilizia
scolastica, per la gestione dei fondi strutturali per
l'istruzione e per l'innovazione digitale
Ufficio IV

MIUR

Istituto Comprensivo di Grazzanise

✉ Via Montevergine 58, 81046 Grazzanise (CE)

e.mail: ceic8am001@istruzione.it PEC: ceic8am001@pec.istruzione.it

☎ 0823/964695 – 0823964738 📠 0823991935 – 0823964738

Al Personale Docente

Al Personale ATA

Al D.S.G.A.

Agli atti

Al sito web

ISTITUTO AUTONOMO COMPRESIVO GRAZZANISE
Prot. 0007527 del 01/10/2019
07 (Uscita)

OGGETTO: Indicazioni operative relative alle “Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale, di malattie infettive e di controversie relative alla somministrazione di farmaci” (Decreto Legge 7 giugno 2017 convertito con modificazione dalla Legge n. 119 del 31 luglio 2017).

Si comunica che secondo il decreto legge in oggetto, tutti gli operatori scolastici docenti e ATA, devono presentare alle Istituzioni scolastiche presso cui prestano servizio, una dichiarazione sostitutiva resa ai sensi del d.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, comprovante la propria situazione vaccinale.

A tal fine, è disponibile un modello in allegato, che il personale deve compilare e presentare entro il 16 ottobre 2019 alla segreteria dell'I.C. di Grazzanise negli orari di apertura degli uffici.

Si ringrazia della collaborazione.

Il Dirigente Scolastico
Dott. ssa Roberta Di Iorio

(Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3 comma 2 D. lgs. 39/1993)

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)

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

operatore scolastico in servizio presso _____
(istituto scolastico)

ai sensi e per gli effetti del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

di aver effettuato le seguenti vaccinazioni

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

di essere stato affetto dalle seguenti patologie

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

Luogo e data _____

Il Dichiarante _____