



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio
ISTITUTO COMPrensivo PIAZZA DE CUPIS
Piazza Cesare De Cupis, 20 -00155 Roma
Tel. 062280672 Fax 0622773406
e-mail RMIC8E0001@ISTRUZIONE.IT- pec RMIC8E0001@PEC.ISTRUZIONE.IT
C.F.: 97713560585- C.U.: UFG3NS

A tutto il Personale
Al I e II Collaboratore
Ai Referenti di Plesso
Al Sito

Circolare 32

Oggetto: Dichiarazione situazione vaccinale del personale scolastico

Si comunica che tutto il personale è tenuto a presentare una dichiarazione comprovante la propria situazione vaccinale, secondo il modello allegato.

Tale dichiarazione potrà essere consegnata entro il 31 ottobre ai Collaboratori del Dirigente e ai Referenti di Plesso, che avranno cura di farne due plichi da consegnare in Segreteria suddividendo il personale per il tipo di incarico (a tempo indeterminato/determinato).

Chi entro il termine suddetto non avrà prodotto tale dichiarazione, dovrà consegnare la stessa tassativamente entro il 16 novembre nel rispetto assoluto degli orari di segreteria.

Roma, 16 ottobre 2017

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Lucia De Michele



Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi
dell'art. 3, comma 2 del decreto legislativo n. 39/93

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, convertito con modificazioni dalla legge n. ____ del _____, 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 |

(luogo, 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", 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.