Al Dirigente Scolastico

Allegato 1

Istituto Comprensivo "A. Manzoni"

Ornago/Burago di Molgora

**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)*

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(cognome) (nome)*

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(luogo)(prov.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) *(luogo)(prov.)*in via/piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

*(indirizzo)*

consapevoli 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 genitori esercenti 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,

**DICHIARANO**

che\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(cognome e nome dell’alunno/a)*

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(luogo)(prov.)*

**□ ha effettuato le vaccinazioni obbligatorie indicate di seguito[[1]](#footnote-1):**

o anti-poliomielitica;

o anti-difterica;

o anti-tetanica;

o anti-epatite B;

o anti-pertosse;

o anti-*Haemophilus influenzae* tipo b;

o anti-morbillo;

o anti-rosolia;

o anti-parotite;

o anti-varicella *(solo per i nati a partire dal 2017).*

**□ è esonerato da uno o più obblighi vaccinali per avvenuta immunizzazione** (come da attestazione

allegata);

**□ ha omesso o differito una o più vaccinazioni** (come da attestazione allegata);

**□ ha richiesto all’azienda sanitaria locale di effettuare le vaccinazioni obbligatorie non effettuate.**

*(apporre una croce sulle caselle di interesse)*

I sottoscritti – nel caso in cui non abbia già provveduto – si impegna a consegnare**, entro il 10 marzo 2018**, copia del libretto delle vaccinazioni vidimato dalla azienda sanitaria locale o il certificato vaccinale o un’attestazione delle vaccinazioni effettuate, rilasciati dall’azienda sanitaria locale.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(luogo, data)*

**I Dichiaranti**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Da non compilare nel caso in cui sia stata presentata copia del libretto delle vaccinazioni vidimato dalla azienda sanitaria locale o il certificato vaccinale o un’attestazione delle vaccinazioni effettuate, rilasciati dall’azienda sanitaria locale. [↑](#footnote-ref-1)