Al Dirigente Scolastico dell’IC “Croci” – Paderno Dugnano

AUTOCERTIFICAZIONE

(Dichiarazione resa ai sensi del D.P.R. 445/2000 art. 38 comma 3)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Il/la sottoscritto/a: | | | |
| nato/a a: | | | il |
| CF: | | | |
| tel.: | cell. | e-mail: | |
| genitore/tutore alunno/a: | | | |
| frequentante Scuola | * Infanzia – sez. \_\_\_ * Primaria – classe \_\_\_\_ sez.\_\_\_ * Secondaria – classe \_\_\_\_ sez.\_\_\_ | | |

consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del DPR 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 n. 119 del 31/07/2017, sotto la propria responsabilità,

**DICHIARA**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * antipoliomielitica * antidifterica, * antitetanica, * antiepatite B, * antipertosse, * antiHaemophilus influenzae tipo b | * antimorbillo * antirosolia * antiparotite * antivaricella | * anti-meningococcica B * anti-meningococcica C * anti-pneumococcica * anti-rotavirus |

🞏 che il/la proprio/a figlio/a sarà vaccinato come da prenotazione ASL che si allega

🞏 che il/la proprio/a figlio/a è esonerato dall’obbligo delle seguenti vaccinazioni: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_🞏 perché ha già contratto la malattia – 🞏 perché in particolari condizioni cliniche e allega attestazione del pediatra / medico di famiglia Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a si impegna a consegnare la documentazione comprovante l'effettuazione delle vaccinazioni obbligatorie entro e non oltre il **10 marzo 2018**, come previsto dalla normativa vigente

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma (leggibile)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*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.*