

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca ISTITUTO COMPRENSIVO N. 10 <i>Scuola dell'Infanzia - Scuola Primaria - Scuola Secondaria di primo grado - Scuola in ospedale</i>		
	Viale Aldo Moro, 31 – 40127 Bologna Tel. 051/364967 - 051/374673 Fax 051/361168 email: boic853007@istruzione.it pec: boic853007@pec.istruzione.it web: www.ic10bo.gov.it CF 91201230371- Cod. mecc. BOIC853007	

A tutto il personale docente e ATA
A tutti gli operatori scolastici
Al DSGA

ALBO

Oggetto: adempimenti previsti per gli operatori scolastici nell'ambito delle norme sulle vaccinazioni (art. 3 comma 3bis del D.L. 73/2017)

In relazione agli adempimenti previsti nell'ambito delle nuove norme sulle vaccinazioni si precisa che la circolare del Ministero della Salute del 16 agosto 2017 prevede che "entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del decreto legge, gli operatori scolastici, sanitari e socio-sanitari presentino agli istituti scolastici e alle aziende sanitarie presso cui prestano servizio, una dichiarazione, resa ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, comprovante la propria situazione vaccinale".

Pertanto - entro il 5 novembre 2017 - tutti gli operatori che prestano servizio presso l'IC10 (docenti, ATA, personale supplente all'atto del conferimento dell'incarico, personale a qualsiasi titolo operante nella scuola) devono presentare in segreteria (ufficio affari generali) ovvero tramite PEC boic853007@pec.istruzione.it una dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà resa ai sensi dell' art. 47, DPR n. 445/2000 comprovante la propria situazione vaccinale.

Si allega modello di autodichiarazione (allegare copia del documento d'identità)

Il Dirigente scolastico
Emilio Porcaro

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, c. 2 D.Lgs n. 39/93

Allegato 3

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 _____ () in via _____ n. _____
(luogo) (prov.) (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)
- operatore sanitario/socio sanitario in servizio presso _____
(azienda sanitaria)

ai sensi e per gli effetti del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, come convertito con modificazioni dalla legge 31 luglio 2017, n. 119, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

di aver effettuato le seguenti vaccinazioni:

- | | |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> anti-poliomielitica | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-difterica | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-tetanica | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-epatite B | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-pertosse | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-morbillo | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-rosolia | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-varicella | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-parotite | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-influenzale | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-meningococcica C | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-meningococcica B | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-pneumococco | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-epatite A | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-papillomavirus | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-herpes zoster | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-rotavirus | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-tbc | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> | |

(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.