AUTODICHIARAZIONE

AI SENSI DEL D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, N. 445

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) _____
nato/a _____ Prov. _____il
_____ residente a _____ CAP
_____ Prov. _____ in via/piazza
_____n. _____ Codice
fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
nella qualità di ☐ Genitore ☐ Tutore
di (nome e cognome) _____
nato/a _____ Prov. _____il
_____ residente a _____ CAP
_____ Prov. _____ in via/piazza
_____n. _____ Codice
fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere o produzione di atti falsi, richiamate dal D.P.R. 445/2000, che il proprio figlio/a ha effettuato le seguenti vaccinazioni:

- ☐ Antipolio
- ☐ Antidifterica
- ☐ Antitetanica
- ☐ Antiepatite B
- ☐ Antipertossica
- ☐ Antihaemophilus B
- ☐ Antimorbillo
- ☐ Antiparotite
- ☐ Antirosolia
- ☐ Antivaricella

- ☐ E' esonerato da uno o più obblighi vaccinali per avvenuta immunizzazione (come da documentazione allegata)
- ☐ Ha omesso o differito una o più vaccinazione (come da documentazione allegata)
- ☐ Ha richiesto all'azienda sanitaria locale di effettuare le vaccinazioni obbligatorie non effettuate (come da documentazione allegata)

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione di dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, per aderire agli obblighi dettati dal d.l. 7 giugno 2017 n. 73 (Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale) ed esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. E' altresì informato che tali dati, di cui potrà essere richiesta la verifica presso l'Azienda Sanitaria di residenza dell'alunno, verranno trattati dal personale scolastico, docente e non docente, ai solo fini di tutela della salute pubblica e che la loro conoscenza potrà anche influire sulla formazione delle classi.

Data _____ Firma leggibile del dichiarante _____

La/Il sottoscritta/o _____ in qualità di _____ del minore _____ **dichiara**

- **di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali**
- **di autorizzare l'istituto di istruzione/formazione a richiedere direttamente, sia per il corrente anno scolastico che per i successivi, all'Azienda Sanitaria di residenza copia delle certificazioni attestanti l'effettuazione delle vaccinazioni previste dal Decreto Ministeriale n° 73 del 7 giugno 2107 e successive modifiche**

DATA, _____ FIRMA _____