I.I.S. Galilei - Vetrone

Istituto di Istruzione Superiore "GALILEI-VETRONE" BENEVENTO

UNESCO Organizzazione delle Nazioni Unite per l'Educazione, la Scienza e la Cultura

Commissione Nazionale Italiana per l'UNESCO

Istituto Tecnico per Geometri Costruzioni, Ambiente, Territorio ed Indirizzo Tecnologie del Legno
Liceo Scientifico - Liceo Scientifico *opzione Scienze Applicate* - Liceo Scientifico ad Indirizzo INFORMATICO – Liceo delle Scienze Umane
Istituto Tecnico Agrario *articolazione Produzioni e Trasformazione – Viticoltura ed Enologia*
C.P.I.A. Corso Serale per Adulti – Convitto annesso I.T.Agrario

Benevento, 10/11/2017

Ai Docenti
AL DSGA
AL PERSONALE ATA
AL SITO WEB
SEDE

Oggetto: Obbligo vaccinale Docenti e Personale ATA

Considerate le indicazioni fornite dalla Legge 119/2017 e dalla C.M. del 16/08/2017, si avvisano i Docenti delle Classi Prime, seconde e Terze (dove eventualmente ci sono alunni che non hanno compiuto 16 anni) di far pervenire a questo Istituto - Segreteria Alunni - l'autocerticifazione attestante la propria situazione vaccinale entro il 19 NOVEMBRE 2017.

L'obbligo è esteso anche al Personale Ata.

Il certificato vaccinale va chiesto all'ASL di competenza.

Si allega Modello di autocertificazione.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott. Grazia Elmerinda PEDICINI
Firma autografa omessa ai sensi
dell'art. 3 del D. Lgs. n. 39/1993

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

- o operatore scolastico in servizio presso _____
  (istituto scolastico)
- o 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:

o anti-poliomielitica	o non ricordo
o anti-difterica	o non ricordo
o anti-tetanica	o non ricordo
o anti-epatite B	o non ricordo
o anti-pertosse	o non ricordo
o anti-morbillo	o non ricordo
o anti-rosolia	o non ricordo
o anti-varicella	o non ricordo
o anti-parotite	o non ricordo
o anti *Haemophilus influenzae* tipo b	o non ricordo
o anti-influenzale	o non ricordo
o anti-meningococcica C	o non ricordo
o anti-meningococcica B	o non ricordo
o anti-pneumococco	o non ricordo
o anti-epatite A	o non ricordo
o anti-*papillomavirus*	o non ricordo
o anti-*herpes zoster*	o non ricordo
o anti-*rotavirus*	o non ricordo
o anti-tbc	o non ricordo
o	

_____
(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.