



ISTITUTO COMPRENSIVO "Giannuario Solari"

Scuola dell' Infanzia, Scuola Primaria, Scuola Secondaria di I° grado

Via Bramante, 119 - LORETO (AN) Distretto Scolastico N. 10 Codice Fiscale 80013470424

Tel.: 071 977147 Fax: 071 970238 Fax Segret.: 071 7501468

E-mail: anic83200l@istruzione.it oppure: istitutocomprensivolareto@legalmail.it

anic83200l@pec.istruzione.it

Sito internet: <http://www.icsolariloreto.gov.it>

Comunicazione n. 106

Prot. n. (vedi segnatura)

Loreto, (vedi segnatura)

Al Personale

Dell'I.C. "G. Solari" Loreto

Oggetto: OBBLIGO VACCINALE PERSONALE SCOLASTICO

Legge 31 luglio 2017 n. 199 "Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale, malattie infettive e di controversie relative alla somministrazione di farmaci"

Si comunica che tutti gli operatori scolastici (docenti e ATA a tempo determinato e indeterminato), ai sensi dell'art. 3, co. 3-bis, del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, convertito con modificazioni dalla legge 31 luglio 2017, n. 119, entro il **16 novembre 2017**, dovranno presentare all'Istituzione scolastica una dichiarazione sostitutiva, resa ai sensi del d.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, comprovante la propria situazione vaccinale, utilizzando il modello allegato.

La documentazione potrà essere consegnata in segreteria dalle ore 10.30 alle ore 12.30, oppure inviata via mail, allegando documento di riconoscimento, all'indirizzo di posta anic83200l@istruzione.it



Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Angela Massaro

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)

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)

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

DICHIARA

di aver effettuato le seguenti vaccinazioni

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> anti-poliomelitica | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-difterica | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-tetanica | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-epatite B | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-pertosse | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-morbillo | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-rosolia | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-varicella | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-parotite | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti- <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b | <input type="checkbox"/> non ricordo |

(luogo, data)

Il Dichiarante
