

Al Dirigente Scolastico
Istituto Istruzione Superiore "E.S. Piccolomini"
Piazza S. Agostino, 2
53100 - SIENA-

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)
Documento di identità: _____

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445, nel caso di dichiarazioni false e mendaci, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità in qualità di
(*apporre una crocetta sulle caselle interessate*)

- genitore esercente la responsabilità genitoriale;
- tutore
- soggetto affidatario,

ai sensi e per gli effetti del Decreto-Legge 7 giugno 2017, n.73, convertito con modificazioni in Legge 31 luglio 2017, n.119, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

che

- (se genitore) il/la proprio/a figlio/a _____
- l'alunno/a di cui è tutore/affidatario _____
(cognome e nome dell'alunno/a)

nato/a a _____ (____) il _____
(luogo)(prov.)

iscritto/a per l'a.s.2017/18 alla classe _____ sezione _____ plesso _____
dell'I.I.S. "E.S. Piccolomini" di Siena

ha effettuato le vaccinazioni obbligatorie indicate di seguito¹:

- Anti-poliomelitica;
- Anti -difterica;
- Anti -tetanica;
- Anti -epatite B;
- Anti -pertosse;
- Anti -*Haemophilus influenzae* tipo B;
- Anti -morbillo;
- Anti -rosolia;
- Anti -parotite;
- Anti -varicella (solo per i nati a partire dal 2017).

ha richiesto all’Azienda Sanitaria Locale di effettuare le vaccinazioni obbligatorie non ancora attuate.

Il/la sottoscritto/a – nel caso in cui non abbia già provveduto – si impegna a consegnare, **entro il 10 marzo 2018**, la documentazione comprovante quanto dichiarato come previsto dalla normativa vigente.

(luogo, data)

Il Dichiarante

(nome e cognome leggibili)

Dichiara inoltre di allegare alla presente la seguente certificazione:

Copia fotostatica, non autenticata, del documento di identità del sottoscrittore.

(luogo, data)

Firma _____
(nome e cognome leggibili)

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.

¹ Da non compilare nel caso sia stata presentata copia del libretto di vaccinazioni vidimato dalla Azienda Sanitaria Locale o il certificato vaccinale o un’attestazione delle vaccinazioni effettuate, rilasciati dall’Azienda Sanitaria Locale.