

A tutto il personale
Al sito web
LORO SEDI

OGGETTO: Obblighi vaccinali personale scolastico

Si comunica a tutto il personale che il Miur con la circ. n. 1622/2017 contenente le prime indicazioni in merito all'applicazione dell'obbligo delle vaccinazioni introdotto dalla legge n.119/2017, ha precisato gli obblighi del personale scolastico (articolo 3-comma 3 bis).

“Gli operatori scolastici, sanitari e socio-sanitari presentano agli istituti scolastici e alle aziende sanitarie, nei quali prestano servizio una dichiarazione, ai sensi del DPR n. 445/2000, comprovante la propria situazione vaccinale”.

La dichiarazione va presentata entro il 16 novembre 2017, come indicato dalla Circolare ministeriale, consultabile al seguente link

<http://www.miur.gov.it/-/vaccini-inviata-alle-scuole-la-circolare-operativa>

Le SS.LL. sono pertanto invitate a presentare a questo Ufficio, debitamente compilato e firmato, l'allegato modulo entro il termine di legge su indicato.

Si allega:

- Modulo per autocertificazione

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(Prof.ssa Ignazia Chessa)



Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà
(art. 47, d.P.R. n. 445/2000)
AUTOCERTIFICAZIONE Obbligo Vaccinale

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ prov. (____) il ____ / ____ / 19 ____

residente in _____ prov. (____)

in via/piazza _____ n. _____

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

- Docente Assistente Amministrativo
 Collaboratore scolastico Personale Tecnico

ai sensi e per gli effetti del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, convertito con modificazioni dalla legge n. 119 del 31 luglio 2017, in materia di prevenzione vaccinale, 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 |

Cagliari, ____ / ____ / 2017

Il Dichiante

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.

