



Istituto Comprensivo "PUCCINI"
Viale D. Giannotti, 41 50126 Firenze - Tel. 055 6801385 – 055680423 - 0556584793
Codice Fiscale 94188510484 - Codice Meccanografico FIIC854005 - Codice univoco UFLDPW
e-mail: fiic854005@istruzione.it – fiic854005@pec.istruzione.it

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

Il/La sottoscritto/a (cognome, nome)
nato/a a () il
residente a () in via
 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

operatore scolastico in servizio presso I.C. Puccini

ai sensi e per gli effetti del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, convertito con modificazioni dalla legge n. 119 del 31/07/2017, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA di aver effettuato le seguenti vaccinazioni

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

Firenze, li

Il Dichiarante

Ai sensi dell'art. 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'art. 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