



**ISTITUTO TECNICO TECNOLOGICO STATALE
" GUGLIELMO MARCONI " –**

VIALE DELLA LIBERTA', 14 – 47121 FORLÌ TEL. 0543/28620
PEC fotf03000d@pec.istruzione.it PEO fotf03000d@istruzione.it SITO WEB www.itisforli.it
CODICE FISCALE 80009470404 – CODICE MECCANOGRAFICO FOTF03000D
CODICE UNIVOCO PER FATTURAZIONE ELETTRONICA PA : **UF3RZS**

COMUNICAZIONE N. 52

**A TUTTO IL PERSONALE
ALL'ALBO DEL SITO WEB
AGLI UFFICI**

e, p.c.

SEDE

Oggetto : vaccini Personale docente e A.T.A.

Entro il 15.11.2017 tutto il personale dipendente dovrà presentare all'Ufficio Protocollo una dichiarazione resa ai sensi del D.P.R. n. 445/00 comprovante la propria situazione vaccinale, utilizzando l'Allegato 2, per adempiere alle indicazioni operative per l'applicazione della Legge vigente in materia.

Forlì, 07/10/2017

**Il Dirigente Scolastico
Iris Tognon**

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi
dell'art. 3 comma 2 del D.L.vo 39/93

Responsabile del procedimento: D.S. Iris Tognon
Referente per l'istruttoria Ufficio protocollo: A.A. Maria Rosaria Somma

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 statale

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"/> 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

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.