



Alla Segreteria del Settore Istruzione

**Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà in merito allo stato vaccinale di  
operatore scolastico dell'asilo nido/scuola per l'infanzia**

Il/La sottoscritto/a: ..... nato/a ..... il ...../...../.....

C.F. .... residente a ..... in .....

operatore scolastico presso la struttura:

- ☐ asilo nido comunale;  
☐ scuola per l'infanzia comunale;

consapevole della responsabilità penale prevista dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e ai sensi dell'art. 3-bis del D.L. 7 giugno 2017, convertito con modificazioni dalla L. 31 luglio 2017, n. 119

**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 |
| <input type="checkbox"/> anti-influenzale                           | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-meningococcica C                      | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-meningococcica B                      | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-pneumococco                           | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-epatite A                             | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-papillomavirus                        | <input type="checkbox"/> non ricordo |

☐ anti-herpes zoster

☐ non ricordo

☐ anti-rotavirus

☐ non ricordo

☐ anti-TBC

☐ non ricordo

☐ .....

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.

Dichiara di essere informato, tramite apposita informativa resa disponibile dall'ente a cui è indirizzato il presente documento, ai sensi e per gli effetti degli articoli 13 e seg. del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (RGPD-UE 2016/679), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente istanza/dichiarazione viene resa.

Li ....., .....

**Firma del dichiarante**

.....