

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL' ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 e seguenti)

Il/la sottoscritto/a

nato/a a prov. il

residente a prov.

in Via/piazza/numero

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 e successivi, nel caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

in qualità di operatore scolastico in servizio presso
(Istituto Scolastico)

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,

D I C H I A R A

di aver effettuato le seguenti vaccinazioni:

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

Crispiano,

Firma del dichiarante

La presente Dichiarazione deve essere sottoscritta in presenza del personale di Segreteria oppure può essere firmata, scansionata e trasmessa via e-mail con allegata copia del documento di riconoscimento del sottoscrittore