Allegato 1

AUTODICHIARAZIONE

ai sensi del D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, n. 445

La/Il sottoscritta/o (nome e cognome) _____
nato/a _____ Prov. _____ il _____
residente a _____ CAP _____ Prov. _____
in via/piazza _____ n. _____
Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

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 genitore esercente la responsabilità genitoriale, di tutore ovvero di soggetto affidatario, ai sensi e per gli effetti del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, convertito con modificazioni dalla legge 31 luglio 2017, n. 119, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

che (nome e cognome) _____
nato/a _____ Prov. _____ il _____
residente a _____ CAP _____ Prov. _____
in via/piazza _____ n. _____
Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

ha effettuato le seguenti vaccinazioni:

- ☐ Antipolio
- ☐ Antidifterica
- ☐ Antitetanica
- ☐ Antiepatite B
- ☐ Antipertossica
- ☐ Antihaemophilus B
- ☐ Antimorbillo
- ☐ Antiparotite
- ☐ Antirosolia
- ☐ Antivaricella

☐ è esonerato da uno o più obblighi vaccinali per avvenuta immunizzazione (come da attestazione allegata);
☐ ha omesso o differito una o più vaccinazioni (come da attestazione allegata);
☐ ha richiesto all'azienda sanitaria locale di effettuare le vaccinazioni obbligatorie non effettuate.

La/Il sottoscritta/o – nel caso in cui non abbia già provveduto – si impegna a consegnare, entro il 10 marzo 2018, copia del libretto delle vaccinazioni vidimato dalla azienda sanitaria locale o il certificato vaccinale o un'attestazione delle vaccinazioni effettuate, rilasciati dall'azienda sanitaria locale o, in alternativa, autorizza al trattamento dei dati (vedi informativa)

La/Il sottoscritta/o dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione di dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, per aderire agli obblighi dettati dal d.l. 7 giugno 2017 n. 73 (Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale) ed esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. E' altresì informato che tali dati, di cui potrà essere richiesta la verifica presso l'Azienda Sanitaria di residenza dell'alunno, verranno trattati dal personale scolastico, docente e non docente, ai solo fini di tutela della salute pubblica e che la loro conoscenza potrà anche influire sulla formazione delle classi.

Data _____

Firma leggibile del dichiarante _____