



ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE "L. NOSTRO / L.REPACI"

Via Riviera, 10 – 89018 – VILLA S. GIOVANNI (RC) - Cod. Mecc. RCIS03600Q

con sedi associate :

LICEO "L. NOSTRO" –RCPM036017 - I.T.E. "L. REPACI" –RCTD036012

Tel. /Fax 0965/795349 e-mail rcis03600q@istruzione.it - www.nostrorepaci.gov.it

Villa San Giovanni, 25 settembre 2017

Circolare n. 31

Ai Sigg. Docenti

Al DSGA –Personale ATA

Agli Atti

Sito web

Oggetto: Obblighi del personale scolastico sui vaccini

Si comunica che, come disposto dall'art. 3, c. 3-bis, del decreto-legge n. 119/2017, entro tre mesi dell'entrata in vigore della legge, ossia entro il 16 novembre 2017, come indicato dalla Circolare ministeriale, gli operatori scolastici devono presentare alle Istituzioni scolastiche presso le quali prestano servizio una dichiarazione sostitutiva resa ai sensi del D.P.R. n. 445/ 2000, comprovante la propria situazione vaccinale, utilizzando l'apposito modello predisposto dal ministero in cui si dichiarerà, per ogni voce corrispondente alle vaccinazioni obbligatorie, se sono state effettuate o se non si ricorda.

Il modello ministeriale allegato, debitamente compilato e firmato, dovrà essere consegnato in busta chiusa unitamente a copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore, all'Ufficio protocollo entro e non oltre il **16 novembre 2017**.

Ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali", i dati riportati nel modello, 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.

Questo adempimento ad oggi è l'unico obbligo richiesto a tutto il personale della scuola per non andare incontro ad eventuali sanzioni rischiando l'illecito disciplinare.



Il Dirigente Scolastico
prof.ssa Maristella Spezzano
Firma autografa sostituita a mezzo
stampa ex art.3, c.2 D.Lgs n.39/93

**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 scolastico)

ai sensi e per gli effetti del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, convertito con modificazioni dalla legge n. ____ del _____, 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
