

Al Dirigente Scolastico  
Istituto Istruzione Superiore "E.S. Piccolomini"  
Piazza S. Agostino, 2  
53100 - SIENA-

**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, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità in qualità di operatore scolastico, ovvero:

(*apporre una crocetta sulle caselle interessate*)

- Docente in servizio presso \_\_\_\_\_
- Direttore S.G.A.
- Assistente Amministrativo/Tecnico
- Collaboratore Scolastico in servizio presso \_\_\_\_\_  
(plesso/sezione scolastica)

ai sensi e per gli effetti del Decreto-Legge 7 giugno 2017, n.73, convertito con modificazioni in Legge 31 luglio 2017, n.119, 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**

\_\_\_\_\_  
(nome e cognome leggibili)

*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.*