

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(ART. 47, D.P.R. n. 445/2000)

Situazione Vaccini

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ () il _____

Residente a _____ ()

In via/piazza _____ n. _____

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nel caso di dichiarazioni false o mendaci, in qualità di

Dirigente _____ in servizio presso _____

Docente di _____ in servizio presso _____

Assistente amministrativo in servizio presso _____

Collaboratore scolastico in servizio presso _____

Ai sensi e per gli effetti del decreto – legge 7 giugno 2017, n. 73, convertito con modificazioni dalla Legge n. 119 del 31.07.2019, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

Di aver effettuato le seguenti vaccinazioni:

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

Data _____

Il Dichiarante _____