

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

☐ anti-poliomelitica

☐ non ricordo

☐ anti-difterica

☐ non ricordo

☐ anti-tetanica

☐ non ricordo

☐ anti-epatite B

☐ non ricordo

☐ anti-pertosse

☐ non ricordo

☐ anti-morbillo

☐ non ricordo

☐ anti-rosolia

☐ non ricordo

☐ anti-varicella

☐ non ricordo

☐ anti-parotite

☐ non ricordo

☐ anti-*Haemophilus influenzae* tipo b

☐ non ricordo

_____ (luogo, data)

Il Dichiarante