

**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 ..... (.....) in via ..... n. ....  
(luogo) (prov.) (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 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**

.....  
(cognome e nome dell'alunno/a)

nato/a a ..... (.....) il .....  
(luogo) (prov.)

ha effettuato le vaccinazioni obbligatorie indicate di seguito<sup>1</sup>:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> anti-poliomielitica; | <input type="checkbox"/> anti- <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b;         |
| <input type="checkbox"/> anti-difterica;      | <input type="checkbox"/> anti-morbillo;                                      |
| <input type="checkbox"/> anti-tetanica;       | <input type="checkbox"/> anti-rosolia;                                       |
| <input type="checkbox"/> anti-epatite B;      | <input type="checkbox"/> anti-parotite;                                      |
| <input type="checkbox"/> anti-pertosse;       | <input type="checkbox"/> anti-varicella (solo per i nati a partire dal 2017) |

**OPPURE**

è esonerato da uno o più obblighi vaccinali per avvenuta immunizzazione (come da attestazione allegata);

**OPPURE**

ha omissso o differito una o più vaccinazioni (come da attestazione allegata);

**OPPURE**

ha richiesto all'Azienda Sanitaria locale di effettuare le vaccinazioni obbligatorie non effettuate.

Il/La sottoscritto/a – 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 o il certificato vaccinale o un'attestazione delle vaccinazioni effettuate, rilasciati dall'Azienda Sanitaria locale.

.....  
(luogo e data)

**Il Dichiarante**

.....

<sup>1</sup> Da non compilare nel caso in cui sia stata presentata 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

**Il/la sottoscritto/a 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) convertito con modificazioni nella legge 31 luglio 2017, n. 119, ed esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato/a che tali dati - di cui potrà essere richiesta la verifica presso l'Azienda Sanitaria di residenza del minore - verranno trattati, dal personale del Nido "Stella del Mare" e del Comune di Lignano Sabbiadoro, ai soli fini di tutela della salute pubblica e che la loro conoscenza potrà anche influire sulla formazione delle classi;
- di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali e di averne ottenuto copia;
- di autorizzare il nido "Stella del Mare", per il tramite del Comune di Lignano Sabbiadoro, a richiedere direttamente, sia per il corrente anno scolastico che per i successivi, all'Azienda Sanitaria di residenza copia delle certificazioni attestanti l'effettuazione delle vaccinazioni previste dalla legge 31 luglio 2017, n. 119.

.....  
(luogo e data)

**Il Dichiarante**

.....

**ALLEGATI**

1. copia del documento di identità del dichiarante, in corso di validità
2. eventuali attestazioni, come sopra specificato