



**ISTITUTO COMPRESIVO  
"Severino Fabriani"  
SPILAMBERTO (MO)**

Scuola dell'Infanzia "Don Bondi" Spilamberto - Scuola dell'Infanzia "G. Rodari" S. Vito  
Scuola Primaria "G. Marconi" Spilamberto - Scuola Primaria "C. Trenti" S. Vito  
Scuola Secondaria di 1° grado "S. Fabriani" Spilamberto

Viale Marconi, 6 - 41057 SPILAMBERTO (MODENA)

Tel. 059 - 784188 Fax 059-783463 - Codice Fiscale 80010130369

E-mail: moic81800t@istruzione.it PEC: moic81800t@pec.istruzione.it sito web: www.icfabriani.gov.it



Comunicazione n. 531

Spilamberto, 21 agosto 2017

Al Personale Docente ed ATA  
dell'Istituto Comprensivo  
"Severino Fabriani"  
Spilamberto

**OGGETTO: Indicazioni operative per l'attuazione del Decreto Legge 7 giugno 2017, n. 73, convertito in legge il 31/07/2017 n. 119, recante "Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale" – aggiornato con nota MIUR prot. n. 1622 del 16/08/2017.**

**VISTO** Il DECRETO-LEGGE 7 giugno 2017, n. 73 Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale. (Gazzetta Ufficiale Serie Generale n.130 del 07-06-2017).  
**VISTA** La circolare del Ministero della Salute avente per oggetto: Circolare recante prime indicazioni operative per l'attuazione del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, recante "Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale" (Gazzetta ufficiale n. 130 del 7-6-2017)  
**VISTA** La Legge n. 119 del 31 luglio 2017  
**VISTA** La nota MIUR n. 1622 del 16/08/2017

Si informa il personale scolastico che la nota MIUR prot. n. 1622 del 16/08/2017 dispone:

"L'art. 3, co. 3-bis, del decreto-legge dispone che, entro il 16 novembre 2017, gli operatori scolastici presentino alle Istituzioni scolastiche presso le quali prestano servizio una dichiarazione sostitutiva resa ai sensi del d.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, comprovante la propria situazione vaccinale, utilizzando il modello di cui all'allegato 2"

Pertanto la dichiarazione delle vaccinazioni **dovrà essere presentata presso la Segreteria della scuola, all'ufficio personale entro il giorno 16 novembre 2017, come da modello di autodichiarazione, allegato 2.**

Cordiali saluti.



Il Dirigente Scolastico  
Carla Martinelli

-Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto Comprensivo "Fabriani" di Spilamberto

**ùDichiarazione 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. 119 del 31/07/2017, 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**

\_\_\_\_\_

*i 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.*