



**Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca  
ISTITUTO COMPRENSIVO COMPLETO "G. ADAMOLI" DI BESOZZO**

- **Via degli orti, 5 21023 Besozzo (VA) - Tel 0332-77.02.04 FAX 0332-70.75.35  
e-mail: vaic81200g@istruzione.it - sito web: www.icsadamoli.gov.it  
posta elettronica certificata: [vaic81200g@pec.istruzione.it](mailto:vaic81200g@pec.istruzione.it)**



Al Dirigente scolastico  
Istituto Comprensivo "G. Adamoli"

**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>:
- anti-poliomielitica;
  - anti-difterica;
  - anti-tetanica;
  - anti-epatite B;
  - anti-pertosse;
  - anti-Haemophilus influenzae tipo b;
  - anti-morbillo;
  - anti-rosolia;
  - anti-parotite;
  - anti-varicella (solo per i nati a partire dal 2017).
- è esonerato da uno o più obblighi vaccinali per avvenuta immunizzazione (come da attestazione allegata);
- ha omesso o differito una o più vaccinazioni (come da attestazione allegata);
- ha richiesto all'azienda sanitaria locale di effettuare le vaccinazioni obbligatorie non effettuate.

*(apporre una croce sulle caselle di interesse)*

<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 – nel caso in cui non abbia già provveduto – si impegna a consegnare in segreteria, **entro il 10 marzo 2018**, 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.

---

*(luogo, data)*

### **Il Dichiarante**

.....

---

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.