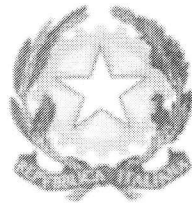


Liceo Scientifico Statale "V. Fardella"
Via G. Garibaldi n. 83 - 91100 TRAPANI
Codice meccanografico: TPPS02901G



Liceo Classico Statale "L. Ximenes"
Viale Duca d'Aosta, 8 - 91100 TRAPANI
Codice meccanografico: TPPC02901C

Istituto d'Istruzione Superiore
Liceo Scientifico "V. Fardella" – Liceo Classico "L. Ximenes"
TRAPANI

Sede: Via G. Garibaldi n. 83 – 91100 TRAPANI – Tel. 0923 23903 – Fax 0923 21354 - Cod. Fisc. : 93072120814
E-mail: tpis029005@istruzione.it – tpis029005@pec.istruzione.it

Ai Docenti
Al personale ATA
Sul sito
Al D.S.G.A.

Comunicazione: 110D / 14 ATA

Oggetto: Consegna della documentazione relativa all'applicazione delle disposizioni DL 73/107 convertito con modificazioni con L. 119/17.

Come da circolare n° 12D/1ATA del 19 settembre 2017, si ricorda di presentare la documentazione o l'autocertificazione comprovante le vaccinazioni effettuate entro e non oltre il **16 Novembre 2017** presso la Segreteria docenti.

Si allega modulo della Dichiarazione sostitutiva, scaricabile dall'area *Download Docenti*.

Trapani, 6/11/2017



Il Dirigente Scolastico
Filippo De Vincenzi

**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

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <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

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.