

**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
