



ISTITUTO PROFESSIONALE DI STATO "CIRO POLLINI"

Tecnico dell'agricoltura e dello sviluppo rurale- Tecnico dei servizi per l'enogastronomia e l'ospitalità alberghiera Tecnico dei servizi socio-sanitari -

Operatore della ristorazione Via Ospedale, 4- 27036 **MORTARA** - ☎ 0384/98176 📠 0384/296068 - e mail

segreteria@ciropollini.eu

Sede Staccata P.zza C. Alberto, 2- ☎ 0384/296401 📠 0384/93619

Sede Staccata Via Marsala, 11 ☎ 📠 0384/91584

Mortara, 31 ottobre 2017

**AI DOCENTI
AL DSGA
AL PERSONALE ATA
ALL'ALBO/ATTI
AL SITO WEB**

CIRCOLARE N.44 OGGETTO:

OBBLIGHI VACCINI PERSONALE SCOLASTICO a. s. 2017/2018

Si comunica a tutto il personale che il Miur, con la circolare n. 1622/2017 del 16.08.2017 contenente le prime indicazioni per l'applicazione dell'obbligo delle vaccinazioni, introdotto dalla legge n. 119/2017, ha specificato l'obbligo del personale scolastico:

"Gli operatori scolastici, sanitari e socio-sanitari presentano agli istituti scolastici e alle aziende sanitarie, nei quali prestano servizio una dichiarazione, ai sensi del DPR n. 445/2000, comprovante la propria situazione vaccinale" (Art. 3 - comma 3 bis) utilizzando il modello di cui all'allegato 1.

La dichiarazione , come indicato dalla circolare allegata alla presente e pubblicata sul sito web istituzionale, va presentata **entro il 16 Novembre** presso l'ufficio amministrazione alla sig.ra Manuela Greggio.

Pertanto si invitano le SS. LL. a compilare il modulo di autocertificazione allegato e a consegnarlo entro il termine su indicato.

Cordiali saluti.

Mortara, 31 ottobre 2017

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Elda Frojo

Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art.3 , comma 2, D. Lgs. 39/1993

**Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà
(art. 47, d.P.R. n. 445/2000)
AUTOCERTIFICAZIONE Obbligo Vaccinale**

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ prov. (____) il ___ / ___ / 19__

residente in _____ prov. (____)

in via/piazza _____ n. _____

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

Docente Assistente Amministrativo

Collaboratore scolastico Personale Tecnico

ai sensi e per gli effetti del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, convertito con modificazioni dalla legge n. 119 del 31 luglio 2017, in materia di prevenzione vaccinale, 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 |

Mortara, ___ / ___ / 2017

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.