



ISTITUTO SUPERIORE AECLANUM

Via Bosco Ortale, 21 – 83036 Mirabella Eclano (AV) Tel. Fax n.0825449093
Liceo Scientifico – Liceo Classico – Lic. Sc. opzione Scienze Applicate Mirabella Eclano (AV)
Istituto Professionale per i Servizi Commerciali Mirabella Eclano (AV)
Istituto Tecnico: Indirizzo Commerciale – Indirizzo Liceo Musicale Gesualdo (AV)
Codice univoco per la fatturazione elettronica: UF77TV
Codice Meccanografico AVIS02700A – Codice fiscale 90015540645
e-mail: avis02700a@istruzione.it P.E.C.: avis02700a@pec.istruzione.it -
siti internet: www.istitutosuperioreaeclanum.it



Circolare n. 11

Mirabella Eclano, 09/11/2017

Al Personale Docente e ATA

LL.SS.

Oggetto: Obbligo dichiarazione ai sensi del DPR n.445/2000, comprovante la propria situazione vaccinale.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Vista la C.M. del MIUR n.1622/2017, riguardante l'obbligo di tutto il personale di dichiarare la propria situazione vaccinale

RICORDA

che tale dichiarazione va presentata entro il 16/11/2017, secondo il modello allegato.

Il Dirigente Scolastico
(prof. Sabato Centrella)



**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
