

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

Il/La sottoscritto/a

nato/a a

prov.

il

residente a

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

operatore scolastico in servizio presso

ai sensi e per gli effetti del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, convertito con modificazioni dalla legge n.119 del 31/08/2017, sotto la propria responsabilità,

**DICHIARAZIONE**

di aver effettuato le seguenti vaccinazioni

- |  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> anti-poliomelitica                         | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-difterica                             | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-tetanica                              | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-epatite B                             | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-pertosse                              | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-morbillo                              | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-rosolia                               | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-varicella                             | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti-parotite                              | <input type="radio"/> non ricordo |
| <input type="radio"/> anti- <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b | <input type="radio"/> non ricordo |

luogo , data

 , 

**IL DICHIARANTE**