

LICEO SCIENZE UMANE e LINGUISTICO "T. GULLÌ"

Scienze Umane – S.U. Opzione Economico Sociale - Linguistico

www.magistralegulli.it - rcpm04000t@istruzione.it - rcpm04000t@pec.istruzione.it

Corso Vittorio Emanuele, 69 - 89125 Reggio Calabria Tel. 0965499424 Fax 0965499423

Codice Fiscale 80009130800 – Codice Univoco UF9IYV

Prot. 6771/C1

Reggio Calabria, 12/09/2017

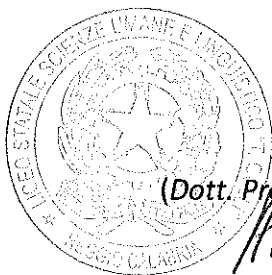
AL PERSONALE Docente /ATA

Al sito WEB

CIRCOLARE N. 5

Si comunica a tutto il personale in servizio presso questa Istituzione scolastica che in ottemperanza alle indicazioni operative per l'attuazione del D.L. 7 giugno 2017 n. 73, "Disposizione urgente in materia di prevenzione vaccinale, di malattie infettive e di controversie relative alla somministrazione di farmaci", alla quale si rimanda per ulteriori approfondimenti, all' art. 3 c.3 dispone: ***(3-bis. Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, gli operatori scolastici, sanitari e socio-sanitari presentano agli istituti scolastici e alle aziende sanitarie nei quali prestano servizio una dichiarazione, resa ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, comprovante la propria situazione vaccinale.)***

Si invita pertanto il personale in servizio a compilare l'allegato modello e inviarlo via mail all'indirizzo di posta elettronica rcpm04000t@istruzione.it entro il **16/11/2017**.



IL DIRIGENTE SCOLASTICO

(Dott. Prof. Alessandro De Santi)

**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
