**Dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà**

Allegato 1

**(art. 47, DPR n. 445/2000)**

\_l\_ sottoscritt\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

in via/piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del DPR n. 445/2000, nel caso di dichiarazioni false e mendaci, in qualità di genitore esercente la responsabilità genitoriale, di tutore ovvero di soggetto affidatario, ai sensi e per gli effetti del DL n. 73/2017, convertito in legge n. 119/2017 (e ss.mm.), sotto la propria responsabilità,

**DICHIARA**

che\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**□ ha effettuato le vaccinazioni obbligatorie indicate di seguito[[1]](#footnote-1):**

□ anti-poliomielitica;

□ anti-difterica;

□ anti-tetanica;

□ anti-epatite B;

□ anti-pertosse;

□ anti-morbillo;

□ anti-rosolia;

□ anti-parotite;

□ anti-*Haemophilus influenzae*  *tipo b;*

**□ ha richiesto all’azienda sanitaria locale di effettuare le vaccinazioni obbligatorie non attuate.**

**□ Allega documentazione delle vaccinazioni effettuate (……………………………………………………………………………………………………………………….……)**

*(apporre una crocetta sulle caselle interessate)*

\_l\_ sottoscritt\_ – nel caso in cui non abbia già provveduto – si impegna a consegnare, **entro il ……………….….. 2019**, la documentazione comprovante quanto dichiarato.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Il Dichiarante**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Ai sensi dell’art. 38, DPR n. 445/2000, 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 DLgs n. 196/2003 e ss.mm., recante “Codice in materia di protezione dei dati personali” e del DSlg n. 445/2000, i dati sopra riportati saranno utilizzati esclusivamente nell’ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione e per gli adempimenti richiesti dal DL n. 73/2017, convertito in legge n. 119/2017.*

1. Da compilare **comunque**, anche contestualmente alla consegna della documentazione richiesta (copia del libretto di vaccinazioni vidimato dalla ASL o il certificato vaccinale o un’attestazione delle vaccinazioni effettuate, rilasciati dall’ASL.) [↑](#footnote-ref-1)