



**Regione Siciliana**  
**ISTITUTO COMPRENSIVO: INFANZIA - PRIMARIA - SECONDARIA I GRADO**  
**“A. MANZONI”**

**DIREZIONE E UFFICI: VIA PORTELLA, 1 – 92010 ALESSANDRIA DELLA ROCCA**  
**e-mail : agic812006@istruzione.it – agic812006@pec.istruzione.it**  
**sito: www.icmanzoniadr.edu.it**  
**CF: 80004930840-TEL.0922.981041 - 0922.980085**

**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 genitore esercente la responsabilità genitoriale, di tutore ovvero di soggetto affidatario, ai sensi e per gli effetti del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, sotto la propria responsabilità,

**DICHIARA**

che \_\_\_\_\_  
(cognome e nome dell’alunno/a)

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
(luogo)(prov.)

☐ **ha effettuato le vaccinazioni obbligatorie indicate di seguito<sup>1</sup>:**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> anti-poliomelitica;                                  | <input type="checkbox"/> anti-difterica; | <input type="checkbox"/> anti-tetanica;                              |
| <input type="checkbox"/> anti-epatite B;                                      | <input type="checkbox"/> anti-pertosse;  | <input type="checkbox"/> anti- <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b; |
| <input type="checkbox"/> anti-morbillo;                                       | <input type="checkbox"/> anti-rosolia;   | <input type="checkbox"/> anti-parotite;                              |
| <input type="checkbox"/> anti-varicella (solo per i nati a partire dal 2017). |  |  |

\_\_\_\_\_  
(luogo, data)

**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.*

<sup>1</sup> Da non compilare nel caso sia stata presentata copia del libretto di vaccinazioni vidimato dalla azienda sanitaria locale o il certificato vaccinale o un’attestazione delle vaccinazioni effettuate, rilasciati dall’azienda sanitaria locale.