

**Modello B**  
**COMUNICAZIONE DELLO STATO VACCINALE**

Al Dirigente Scolastico  
dell'I.C. "Don Gnocchi" - Arese (MI)

Il/la sottoscritto/a (Cognome e Nome)

nato/a a  Prov.  il

residente a  CAP  Prov.

in Via/Piazza  n.

Codice fiscale

in qualità di:  Genitore  Tutore  Esercente la potestà genitoriale

in riferimento a quanto previsto dal D.L. 7 giugno 2017 n. 73, convertito con modificazioni con la L. legge 31 luglio 2017 n. 119

**DICHIARA**

**sotto la propria personale responsabilità, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere o produzione di atti falsi, richiamate dal D.P.R. 445/2000, che:**

l'alunno/a (Cognome e Nome):

nato/a a  Prov.  il

residente a  CAP  Prov.

in Via/Piazza  n.

Codice fiscale

Per il/la quale si presenta l'iscrizione al  anno della Scuola:

dell'**Infanzia**  [Peter Pan]

**Primaria**  [Pascoli/Don Gnocchi]

**Secondaria di I grado**  [Pellico]

in riferimento a quanto previsto dal D.L. 7 giugno 2017 n. 73, convertito con modificazioni con la legge 31 luglio 2017 n. 119,

**COMUNICA**

lo stato vaccinale dell'alunno/a sopra indicato trasmettendo in allegato **COPIA** della seguente documentazione: *(apporte una crocetta sulle caselle interessate)*

**Attestazione delle vaccinazioni effettuate rilasciata dall'ASL competente**

**Certificato vaccinale rilasciato dall'ASL competente**

**Libretto delle Vaccinazioni vidimato dall'ASL** (in quest'ultimo caso, i genitori esercenti la responsabilità genitoriale, i tutori o i soggetti affidatari dei minori fino a 16 anni dovranno verificare

che la documentazione prodotta non contenga informazioni ulteriori oltre a quelle strettamente indispensabili per attestare l'assolvimento degli adempimenti vaccinali previsti dal decreto-legge).

**In caso di esonero, omissione o differimento delle vaccinazioni, può essere presentata COPIA di uno o più dei seguenti documenti, rilasciati dalle autorità sanitarie competenti:**

**attestazione di avvenuta immunizzazione a seguito di malattia naturale rilasciata dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta del SSN o copia della notifica di malattia infettiva rilasciata dalla azienda sanitaria locale competente ovvero verificata con analisi sierologica (art. 1, co. 2)**

(indicare quale/i malattia/e infettiva/e):

**attestazione dell'omissione delle seguenti vaccinazioni**

per motivi di salute redatta dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta del Servizio Sanitario Nazionale (art. 1, co. 3);

**attestazione del differimento delle seguenti vaccinazioni**

per motivi di salute redatta dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta del Servizio Sanitario Nazionale (art. 1, co. 3);

**convocazione per il/i giorno/i  per sottoporsi alla/e seguente/i vaccinazione/i**

(allegare copia della prenotazione presso l'ASL).

#### **DICHIARA**

**sotto la propria personale responsabilità, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere o produzione di atti falsi, richiamate dal D.P.R. 445/2000, che le COPIE prodotte sono conformi agli originali in mio possesso.**

*Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione di dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, per aderire agli obblighi dettati dalla legge di conversione con modificazioni del D.L. 7 giugno 2017 n. 73 (Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale) ed esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. E' altresì informato che tali dati, di cui potrà essere richiesta la verifica presso l'Azienda di Tutela della Salute di residenza dell'alunno, verranno trattati dal personale scolastico, docente e non docente, ai solo fini di tutela della salute pubblica e che la loro conoscenza potrà anche influire sulla formazione delle classi.*

Data

Firma leggibile del dichiarante