



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE “T. Tasso” di Bisaccia
SCUOLA DELL’INFANZIA, PRIMARIA, SECONDARIA DI I GRADO
di BISACCIA e ANDRETTA
via Roma – 83044 .BISACCIA (AV)
e-mail: avic83200n@istruzione.it Cod.Fisc. 91003820643
Tel. 0827/89204 fax 0827/ 1811360
PEC: AVIC83200N@PEC.ISTRUZIONE.IT
Web site: www.icbisaccia.it



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE - "T. TASSO"-BISACCIA
Prot. 0002827 del 24/07/2018
04-08 (Uscita)

Ai Genitori/tutori/affidatari
Al personale
All’Albo
Agli atti
Al Sito web

Oggetto: Adempimenti vaccinali per l’a.s. 2018/19– Nota MIUR n. 2405 del 06/07/2018

Considerato che l’esito delle comunicazioni inerenti la trasmissione dati all’anagrafe vaccinale Campania ha comportato che quelli relativi ad alcuni alunni compaiono con la dicitura ” Da verificare” e che ad oggi ancora non sono stati modificati gli esiti dall’ASL;

Vista la circolare Ministeriale n. 2405 del 06/07/2018 inerente le indicazioni operative per l’a.s. 2018/19 sugli adempimenti vaccinali ;

Il Dirigente scolastico chiede ai genitori/tutori/ affidatari degli alunni (contattati via fonogramma) con dicitura “ da verificare” a consegnare in segreteria, entro e non oltre il 06 agosto 2018 la documentazione o una dichiarazione sostitutiva (ai sensi del DPR 445/2000 e nel rispetto delle disposizioni previste dal Reg. UE 679/2016) che attesti quella tra le seguenti condizioni:

- L’effettiva somministrazione delle vaccinazioni;
- La richiesta di prenotazione delle vaccinazioni non ancora eseguite;
- La documentazione comprovante l’esonero (per chi si è immunizzato naturalmente), l’omissione o differimento (per chi si trova in particolari condizioni cliniche); .

:

ALLEGATI
MODELLO di AUTOCERTIFICAZIONE

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Sandra Salerni
Documento firmato digitalmente
Ai sensi del CAD e normativa connessa

Dichiarazione sostitutiva di Certificazione - VACCINAZIONI

(art. 46 DPR n.445/2000)

La/Il sottoscritta/o _____

nata/o a _____ il _____

residente in _____ alla via _____

recapito telefonico _____

domicilio elettronico eletto _____

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità ed a piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false, ai sensi degli artt. 45, 46 e 76 del DPR 445/2000, dalle disposizioni del Codice Penale e dalle leggi in materia, che alla/al propria/o figlia/o

(cognome e nome dell'alunno/a)

nato/a a _____ (____) il _____

(luogo)(prov.)

sono state somministrate tutte le vaccinazioni previste dal Decreto Legge 73 del 7/6/2017 –

non sono state somministrate tutte le vaccinazioni previste dal Decreto Legge 73 del 7/6/2017 -, ma le seguenti sono state prenotate (si allega presentazione della richiesta di vaccinazione all'azienda sanitaria locale territorialmente competente)

che la/il propria/o figlia/o è esonerato, in quanto si è immunizzato naturalmente, contraendo la malattia dalle seguenti vaccinazioni (si allega notifica del medico curante)

che la/il propria/o figlia/o beneficia di omissione o del differimento (in quanto si trova in particolari condizioni cliniche) (si allega notifica del medico ASL o medico curante).

-----li,-----

IL DICHIARANTE

firma per esteso e leggibile