

Dichiarazioni sostitutiva dell'atto di notorietà

(art. 47 D.P.R. 445 del 2000)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in _____

in servizio c/o codesta Istituzione Scolastica in qualità di _____

a tempo indeterminato a tempo determinato

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nel caso di dichiarazioni false e mendaci ai sensi e per gli effetti del decreto legge 7 giugno 2017 n. 73

D I C H I A R A

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 |

Treviglio, _____

Il/la dichiarante