



Regione Siciliana  
Dipartimento Pubblica Istruzione



Ministero dell'Istruzione  
dell'Università e della Ricerca



Unione Europea



ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE LS PICCOLO CAPO D'ORLANDO  
LICEO SCIENTIFICO - CLASSICO - LINGUISTICO - SPORTIVO - SCIENZE APPLICATE  
"LUCIO PICCOLO"

Presidenza e Segreteria: Via Consolare Antica snc 98071 CAPO D'ORLANDO (ME)  
Codice Fiscale 84005360833 - Codice Meccanografico MEIS028004  
Tel. 0941/902103 - Fax 0941/912533 - E-MAIL [meis028004@istruzione.it](mailto:meis028004@istruzione.it) pec: [meis028004@pec.istruzione.it](mailto:meis028004@pec.istruzione.it)  
Sito: <http://www.iislpiccolo.gov.it/>  
SEDI ASSOCIATE:

LICEO ARTISTICO - I.P.A.A. - ODONTOTECNICO C/da S. Lucia, 34 - Capo d'Orlando (ME) Tel. Fax 0941/901050

**CIRCOLARE N. 29**

**Capo d'Orlando, 20/10/2017**

**Ai Docenti  
Al Personale ATA  
Al DSGA  
Al Sito Web**

**Oggetto: Assolvimento obblighi vaccinali personale della Scuola ex. L. 31 luglio 2017 n.119.**

Si comunicano di seguito gli adempimenti previsti, in virtù degli obblighi vaccinali introdotti con Legge 119/2017, a carico di tutto il personale scolastico.

**ADEMPIMENTI A CARICO DEI DOCENTI E DEL PERSONALE ATA**

I docenti ed il personale Ata, operanti presso questo Istituto, sono obbligati a presentare, entro la data del 16 novembre 2017:

- dichiarazione sostitutiva ex D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, allegata alla presente circolare (Allegato 1).



**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**  
**Prof.ssa Margherita GIARDINA**

**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

operatore scolastico in servizio presso \_\_\_\_\_  
(istituto scolastico)

ai sensi e per gli effetti del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, convertito con modificazioni dalla legge n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, sotto la propria responsabilità,

**DICHIARA**

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 |

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

**Il Dichiarante**

\_\_\_\_\_