



MINISTERO DELL' ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA

# LICEO STATALE "PAOLO EMILIO IMBRIANI"

Linguistico ~ Scientifico ~ Scientifico Scienze Applicate ~ Musicale e Coreutico Sez. Musicale



Marchio collettivo S.A.P.E.R.I per la qualità ed eccellenza della scuola

Via Salvatore Pescatori 155, 83100 Avellino

Tel. (2 linee) 08257821.84 - 86 ~ Fax Uffici 0825783899 ~ Fax Dirigenza 082535375  
www.liceoimbriani.gov.it ~ avpm040007@istruzione.it, avpm040007@pec.istruzione.it  
Codice meccanografico AVPM040007 ~ Codice fiscale 80011170646

Prot. n. 5590/A35

Avellino, 25/8/2017

Ai genitori degli alunni

Ai Docenti

Al D.S.G.A.

Al Personale ATA

→ Al Sito Web

All'Albo d'Istituto

## OGGETTO: disposizioni in materia di prevenzione vaccinale.

Allo scopo di assicurare una puntuale informazione ed ottemperare alla nota MIUR prot. n. 0001622 del 16/08/2017 si precisa quanto segue:

1) Sono obbligatorie per i minori fino a 16 anni di età (a norma della Legge 119/2017 art.1 co 1 e co 1 bis) le seguenti vaccinazioni:

- Anti-poliomielitica;
- Anti-difterica;
- Anti-tetanica;
- Anti-epatite B;
- Anti-pertosse;
- Anti-*Haemophilus influenzae tipo B* ;
- Anti-morbillo;
- Anti-rosolia;
- Anti-parotite;
- Anti-varicella.

All'obbligo si adempie seguendo le indicazioni contenute nel calendario vaccinale reperibile al link: [www.salute.gov.it/vaccini](http://www.salute.gov.it/vaccini) ,per ulteriori informazioni contattare il numero verde 1500.

2) All'atto dell'iscrizione e comunque entro e non oltre il 31 ottobre 2017, i genitori dei minori fino a 16 anni sono tenuti a compilare, utilizzando l'Allegato 1, la dichiarazione sostitutiva resa ai sensi del DPR. 445/2000 attestante l'effettuazione delle vaccinazioni obbligatorie, in questo caso la documentazione comprovante l'adempimento degli obblighi vaccinali dovrà essere consegnata all'Istituzione Scolastica, entro il 10 marzo 2018;

3) In caso di vaccinazioni mancanti o non effettuate dovrà essere prodotta copia formale richiesta di vaccinazione alla ASL territorialmente competente. In ogni caso eventuali vaccinazioni non praticate dovranno essere effettuate entro la fine dell'anno scolastico 2017/2018;

4) In caso di esonero, omissione o differimento delle vaccinazioni per motivi di salute dei minori dovranno essere presentati uno o più dei seguenti documenti rilasciati dalle Autorità Sanitarie competenti:

- Attestazione del differimento o dell'omissione delle vaccinazioni per motivi di salute redatta dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta del Servizio Sanitario Nazionale;
- Attestazione di avvenuta immunizzazione a seguito di malattia naturale rilasciata dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta del Servizio Sanitario Nazionale o copia della notifica di malattia infettiva rilasciata dall' ASL competente ovvero verificata con analisi sierologica;

5) In alternativa alla dichiarazione sostitutiva resa ai sensi del DPR. 445/2000 attestante l'effettuazione delle vaccinazioni obbligatorie di cui al punto 2, i sigg. genitori possono presentare idonea documentazione comprovante l'effettuazione delle vaccinazioni obbligatorie (es: attestazione delle vaccinazioni effettuate rilasciata dall'ASL competente o certificato vaccinale ugualmente rilasciato dall'ASL competente o copia del libretto vaccinale vidimato dall'ASL);

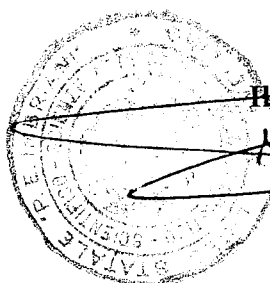
6) In ogni caso , entro e non oltre il 10 marzo 2018, dovrà essere consegnata all'Istituzione Scolastica la documentazione comprovante l'adempimento degli obblighi vaccinali;

7) I genitori degli allievi oltre il sedicesimo anno di età sono tenuti alla presentazione della dichiarazione sostitutiva resa ai sensi del DPR. 445/2000 attestante l'effettuazione delle vaccinazioni obbligatorie di cui al punto 2;

8) La mancata presentazione delle suddette attestazioni sarà segnalata dal Dirigente Scolastico all'ASL territorialmente competente entro 10 giorni dai termini prima indicati;

9) Entro il 16 novembre 2017 tutti gli operatori scolastici (Dirigente, D.S.G.A., Docenti e Personale ATA) sono tenuti a presentare alle Istituzioni Scolastiche presso le quali prestano servizio una dichiarazione sostitutiva resa ai sensi del DPR 445/2000 comprovante la propria situazione vaccinale utilizzando il modello all'allegato 2.

L'Istituzione Scolastica rimane a disposizione per eventuali ulteriori chiarimenti.  
Si allega nota MIUR.



**Il Dirigente Scolastico**  
**Dott. Tullio Faia**

**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, convertito con modificazioni dalla legge n. \_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, 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>:**

- anti-poliomelitica;
- anti-difterica;
- anti-tetanica;
- anti-epatite B;
- anti-pertosse;
- anti-*Haemophilus influenzae* tipo b;
- anti-morbillo;
- anti-rosolia;
- anti-parotite;
- anti-varicella (solo per i nati a partire dal 2017).

<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.

**ha richiesto all'azienda sanitaria locale di effettuare le vaccinazioni obbligatorie non attuate.**

*(apporre una crocetta sulle caselle interessate)*

Il/la sottoscritto/a – nel caso in cui non abbia già provveduto – si impegna a consegnare, **entro il 10 marzo 2018**, la documentazione comprovante quanto dichiarato.

\_\_\_\_\_  
*(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.*

**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**

\_\_\_\_\_

*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.*