



**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE**  
**“Piazza Forlanini”**  
**Scuole Primaria e Secondaria di I grado**  
**Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca**  
**Ufficio Scolastico per il Lazio**



Telefono: 0695955195 Fax: 0694377559 C.F.: 97713160584 C.M.: RMIC8FZ002	P.za Carlo Forlanini,8 00151 - ROMA	E-mail: <a href="mailto:rmic8fz002@istruzione.it">rmic8fz002@istruzione.it</a> PEC: <a href="mailto:rmic8fz002@pec.istruzione.it">rmic8fz002@pec.istruzione.it</a> <a href="http://www.icpiazzaforlanini.it">www.icpiazzaforlanini.it</a>
--	--	---

**Allegato 1**

**Dichiarazione sostitutiva dell’atto di  
notorietà  
(art. 47, Dpr n. 445/2000)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
(luogo) (prov.)  
residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
(luogo) (prov.) (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 31 luglio 2017, n. 119, 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-poliomielitica;
  - anti-difterica;
  - anti-tetanica;
  - anti-epatite B;
  - anti-pertosse;

<sup>1</sup> Da non compilare nel caso sia stata presentata copia del libretto di vaccinazioni vidimato dall’Azienda sanitaria locale o il certificato vaccinale o un’attestazione delle vaccinazioni effettuate, rilasciati dall’Azienda Sanitaria Locale

- anti-*Haemophilus influenzae* tipo b;
- anti-morbillo;
- anti-rosolia;
- anti-parotite;
- anti-varicella (*solo per i nati a partire dal 2017*).

- è esonerato da uno o più obblighi vaccinali per avvenuta immunizzazione (come da attestazione allegata);
- ha omesso o differito una o più vaccinazioni (come da attestazione allegata);
- ha richiesto all'azienda sanitaria locale di effettuare le vaccinazioni obbligatorie non effettuate.

*(apporre una croce sulle caselle di interesse)*

Il/La sottoscritto/a , nel caso in cui non abbia già provveduto, si impegna a consegnare, entro il 30 aprile 2020, copia del libretto delle vaccinazioni vidimato dalla azienda sanitaria locale o il certificato vaccinale o un'attestazione delle vaccinazioni effettuate, rilasciati dall'azienda sanitaria locale.

*(luogo, data)*

**Il Dichiarante**