**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)

telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 dl soggetto affidatario, ai sensi e per gli effetti del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, convertito con modificazioni dalla legge n. 119 del 31 luglio 2017, sotto la propria responsabilità,

**DICHIARA**

che\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(cognome e nome dell'alunno/a)

nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(luogo) (prov.)

(barrare la/c casella/e di interesse)

□ ha già effettuato tutte le vaccinazioni obbligatorie

□è esonerato da uno o più obblighi vaccinali per avvenuta immunizzazione o per motivi di salute

□ ha rinviato una o più vaccinazioni per motivi di salute

□ ha già richiesto all`ASL di effettuare le vaccinazioni obbligatorie mancanti tramite :

□raccomandata A.R.

□ telefono

□email ordinaria

□ PEC

□si impegna a prendere immediatamente appuntamento con l'ASL (telefono, e.mai1, PEC, raccomandata) per veriﬁcare la situazione vaccinale del minore in oggetto e provvedere a quanto sarà eventualmente

necessario per la sua regolarizzazione

(luogo e 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 datisopra 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,convertito con modificazioni dalla legge n. 119 del 31 luglio 2017.

" VALIDA SINO AL 10.03.18