











|  |   |   |
|--|---|---|
|  <ul style="list-style-type: none"> <li> Ministero</li> <li> Istruzione</li> <li> Università</li> <li> Ricerca</li> </ul> |     | <p align="center"><b>Scuola Secondaria I Grado Statale</b><br/> <b>Vittorio Emanuele Orlando</b><br/> <b>con sezione ad indirizzo musicale</b></p>  <p>Via Lussemburgo, 103 - 90146 Palermo<br/>         Tel. 091517873/0916701971<br/>         C.F. 80013000825 – Cod. mecc. PAMM03600N<br/>         p.e.o.: <a href="mailto:pamm03600n@istruzione.it">pamm03600n@istruzione.it</a><br/>         p.e.c.: <a href="mailto:pamm03600n@pec.istruzione.it">pamm03600n@pec.istruzione.it</a><br/>         Sito: <a href="http://www.scuolavittorioemanueleorlando.edu.it">www.scuolavittorioemanueleorlando.edu.it</a></p> |
|--|---|---|

## OBBLIGO VACCINALE

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà - (art. 47, D.P.R. n. 445/2000)

Al Dirigente Scolastico  
 della Scuola Sec. I Grado Statale  
 ad indirizzo musicale  
 Vittorio Emanuele Orlando di Palermo

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

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

C.F. \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

genitore/tutore dell'alunno/a \_\_\_\_\_

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

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. 119 del 31/07/2017 e della Circolare Ministero della Salute/MIUR prot.20546 del 06/07/2018, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 nel caso di dichiarazioni false e mendaci

### DICHIARA

- che il/la proprio/a figlio/a ha effettuato le vaccinazioni obbligatorie indicate di seguito:  
 -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).
- che il/la proprio/a figlio/a sarà vaccinato (come da prenotazione ASL allegata);
- che il/la proprio/a figlio/a ha omesso o differito una o più vaccinazioni (come da allegata attestazione del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta del SSN);
- che il/la proprio/a figlio/a è esonerato dall'obbligo delle seguenti vaccinazioni: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- perché ha già contratto la malattia (come da allegata attestazione rilasciata dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta del SSN)  
*oppure*
- perché in particolari condizioni cliniche (come da allegata attestazione attestazione rilasciata dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta del SSN)

\_\_\_\_\_ che il/la proprio/a figlio/a ad oggi non è stato vaccinato/a

(Luogo e data)

Il Dichiarante

La dichiarazione va corredata da copia del documento di identità del dichiarante  
Alla dichiarazione va allegata attestazione Asl relativa all'adempimento dell'obbligo vaccinale o, in alternativa copia del libretto delle vaccinazioni che sarà autenticata dall'Ufficio Alunni esibendo anche il libretto vaccinazioni originale.