

**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 _____ 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

anti – poliomielitica

non ricordo

anti – difterica

non ricordo

anti – tetanica

non ricordo

anti – epatite B

non ricordo

anti – pertosse

non ricordo

anti – morbillo

non ricordo

anti – rosolia

non ricordo

anti – varicella

non ricordo

anti – parotite

non ricordo

anti – *Haemophilus influenzae* tipo b

non ricordo

(luogo e data)

Il Dichiarante
