



DICHIARAZIONE VACCINAZIONI

MODULO C5

(Art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Al Dirigente Scolastico
del CPIA N°1 di Cagliari

___/___/___ Sottoscritt___

COGNOME _____ NOME _____

NAT ___ A _____ STATO _____ IL ___/___/___

CITTADINANZA _____ CODICE FISCALE _____

RESIDENTE A _____ PROV (_____) CAP. _____

IN VIA/PIAZZA _____ N° _____

TEL/CELL. _____ E-MAIL _____

IN SERVIZIO PRESSO CODESTO ISTITUTO NELL'ANNO SCOLASTICO ___/___/___ AL DISTRETTO N° _____

SEDE DI _____

- | | | | |
|---------------|---|-----------------|--|
| In qualità di | <input type="checkbox"/> DOCENTE | Con contratto a | <input type="checkbox"/> INDETERMINATO |
| | <input type="checkbox"/> COLLABORATORE SCOLASTICO | | <input type="checkbox"/> DETERMINATO AL 30/06 O 31/08 |
| | <input type="checkbox"/> ASSISTENTE AMMINISTRATIVO | | <input type="checkbox"/> SUPPLENZA BREVE |

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art.76 D.P.R. 445 del 28/12/2000, e ai sensi e per gli effetti del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

di aver effettuato le seguenti vaccinazioni

ANTI-POLIOMELITICA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON RICORDO
ANTI-DIFTERICA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON RICORDO
ANTI-TETANICA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON RICORDO
ANTI-EPATITE B	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON RICORDO
ANTI-PERTOSSE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON RICORDO
ANTI-MORBILLO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON RICORDO
ANTI-ROSOLIA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON RICORDO
ANTI-VARICELLA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON RICORDO
ANTI-PAROTITE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON RICORDO
ANTI-HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON RICORDO

Data _____ Firma _____

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. Informativa ai sensi dell'art. 10 della legge 675/1996: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.