Allegato 2

**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

**operatore scolastico** (□ docente □ ATA)in servizio presso **IC G. TOMASI DI LAMPEDUSA**

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

**DICHIARA**

□ di aver effettuato le seguenti vaccinazioni

□ anti-poliomelitica

□ 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, data)*

**Il Dichiarante**