

REGIONE DEL VENETO



ULSS9
SCALIGERA

Azienda ULSS 9 - Scaligera

Sede Legale Via Valverde, 42 - 37122 Verona
cod.fisc. e P. IVA 02573090236

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Via S. D'Acquisto, 7 - 37122 Verona - Tel. 045 807 55 11, Fax: 045 807 50 03
web: prevenzione.ulss20.verona.it

Prot. 10674

Verona, 07/07/2017

All'ufficio Provinciale Scolastico di Verona

Alla c.a. del Dirigente

Dott. Stefano Quaglia

uspvr@postacert.istruzione.it

E p.c. Ai Sindaci dei Comuni Aulss 9 - Scaligera

LORO SEDI

Con preghiera di massima diffusione a tutti i Dirigenti Scolastici

Oggetto: documentazione per l'iscrizione a scuola in applicazione al D.L. n. 73 del 7 giugno 2017.

In riferimento all'oggetto, si comunica che l'art. 3, comma 1 del D.L. n. 73 del 7 giugno 2017, recante disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale, prevede, per l'iscrizione a scuola, la possibilità di produrre l'autocertificazione, resa ai sensi del DPR 445/2000, delle vaccinazioni che sono state effettuate ai propri figli.

L'autocertificazione costituisce, pertanto, la documentazione sufficiente e valida per l'iscrizione a scuola per l'anno scolastico 2017-18. Tale certificazione sarà confermata dalla presentazione della documentazione ufficiale che, per l'anno in corso, dovrà essere presentata, dai genitori/tutori ai dirigenti/responsabili scolastici, entro il 10 marzo 2018.

In questo modo viene semplificato il percorso ai genitori per l'iscrizione dei propri figli ed evita nel contempo un ulteriore aggravio ai servizi che devono rilasciare il certificato, attualmente pienamente impegnati nelle attività vaccinali.

Via Salvo d'Acquisto, 7 - 37122 Verona - Tel. 045 8075511 - Fax 045 8075003

E-mail: dip.prevenzione@aulss9.veneto.it

Pec: prevenzione.aulss9@pecveneto.it

REGIONE DEL VENETO



ULSS9
SCALIGERA

Azienda ULSS 9 - Scaligera

Sede Legale Via Valverde, 42 – 37122 Verona
cod.fisc. e P. IVA 02573090236

In allegato forniamo facsimile dell'autocertificazione che i genitori troveranno presso le sedi vaccinali della loro zona di residenza.

Nel ringraziare per la collaborazione si porgono distinti saluti.

Il Direttore
Dipartimento di Prevenzione
Dott. Luciano Marchiori

Unità organizzativa: Dipartimento di Prevenzione
Responsabile: Dott. Luciano Marchiori
Tel. Fax: 045 8075924 - 0458075003.
Responsabile del procedimento: Dott. Oliviero Bosco
Tel. Fax: 045 8075088 – 045 80'76039
e-mail: oliviero.bosco@aulss9.veneto.it

Via Salvo d'Acquisto, 7 – 37122 Verona – Tel. 045 8075511 - Fax 045 8075003
E-mail: dip.prevenzione@aulss9.veneto.it
Pec: prevenzione.aulss9@pecveneto.it

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000)

ANNO SCOLASTICO 2017 – 2018

(Il modulo deve essere compilato in ogni sua parte in stampatello maiuscolo)

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a _____ Nazione _____ il ___ / ___ / _____

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residente in Via/Piazza _____ n. _____

CAP _____ Città _____ Provincia _____

Tel fisso _____ Cell. _____ e-mail _____

In qualità di madre padre tutore

di _____ maschio femmina

Nato/a _____ Nazione _____ il ___ / ___ / _____

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Consapevole delle conseguenze penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti,
richiamate dall'art. 76 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

DICHIARA

che al minore sono state effettuate le seguenti vaccinazioni:

TIPO di VACCINAZIONE	SI	NO
anti - epatite B		
anti - tetano		
anti - poliomielite		
anti - difterite		
anti - pertosse		
anti - haemophilus influenziate tipo B		
anti - morbillo		
anti - rosolia		
anti - parotite		
anti - meningococco B		
anti - meningococco C		
anti - varicella		

In alternativa allo schema soprariportato si allega copia del libretto vaccinale.

Verona ___ / ___ / _____

Firma
