



**ISTITUTO COMPRENSIVO SANTADI**  
*Scuole dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° grado*  
**Comuni di Santadi, Nuxis e Villaperuccio**

Via Mazzini 101 09010 Santadi - Tel: 0781955019 Fax:0781941142  
e-mail: [caic825001@istruzione.it](mailto:caic825001@istruzione.it) PEC: [caic825001@pec.istruzione.it](mailto:caic825001@pec.istruzione.it) C.F. 81001600923

Santadi, 04/09/2017

Prot. n. 3581/B19

**Circolare n. 3**

Ai Sigg. Genitori  
Ai Docenti ogni ordine e grado  
Personale ATA e D.s.g.a.

**Oggetto: Adempimenti in materia di prevenzione vaccinale DL73 del 07 giugno 2017  
Convertito con modificazione in Legge n.119 del 31 luglio 2017**

Vista la Circolare MIUR prot. N° 1622 del 16/08/2017, si porta a conoscenza del D.L. n° 73 del 07 giugno 2017 convertito con modificazione in Legge n.119 del 31 luglio 2017 che reintroduce l'obbligo vaccinale.

Tutti i minori di età compresa tra zero e 16 anni, compresi i minori stranieri non accompagnati, devono effettuare le 10 vaccinazioni, a carattere gratuito, indicate in base al Calendario Vaccinale Nazionale riferito a ciascuna coorte di nascita:

1. anti-poliomelitica;
2. anti-difterica;
3. anti-tetanica;
4. anti-epatite B;
5. anti-pertosse;
6. anti-Haemophilus influenzae tipo b;
7. anti-morbillo;
8. anti-rosolia;
9. anti-parotite;
10. anti-varicella (solo per i nati a partire dal 2017).

Il rispetto dell'obbligo vaccinale costituisce requisito d'accesso agli asili nido e alla Scuola dell'infanzia (da zero a sei anni).

La mancata vaccinazione non preclude l'iscrizione alla scuola dell'obbligo (dai sei ai sedici anni).

Tutte le vaccinazioni obbligatorie sono gratuite e prenotabili presso la ASL o presso le farmacie.

**Sono esonerati dall'obbligo di vaccinazione:**

- **i soggetti immunizzati per effetto della malattia naturale** (es. Bambini che hanno già avuto il morbillo non dovranno vaccinarsi contro il morbillo).

**Le vaccinazioni obbligatorie possono essere inoltre:**

- **omesse in maniera permanente** per i soggetti che si trovino in specifiche condizioni cliniche documentate, attestate dal medico di medicina generale o dal pediatra.
- **differite temporaneamente** quando una o più vaccinazioni siano controindicate in via temporanea in presenza di condizioni cliniche documentate dal medico di medicina generale o dal pediatra.

**All'atto dell'iscrizione dei bambini, i genitori o tutori hanno l'obbligo di presentare la documentazione comprovante:**

- **l'effettuazione delle vaccinazioni obbligatorie previste per età;**  
oppure
- **l'omissione o differimento della somministrazione del vaccino;**  
oppure
- **l'esonero per intervenuta immunizzazione per malattia naturale;**  
oppure
- **la prenotazione dell'appuntamento presso la ASL.**

La documentazione comprovante l'effettuazione delle vaccinazioni obbligatorie previste per età può essere sostituita dalla dichiarazione del genitore/tutore/affidatario, resa ai sensi del DPR 28/12/2000, n. 445, autocertificazione. In questo caso il genitore/tutore/affidatario è comunque tenuto a presentare successivamente la documentazione rilasciata dalla ASL.

## **DISPOSIZIONI TRANSITORIE PER L'ANNO SCOLASTICO 2017/2018**

### **Scuola dell'infanzia entro il 10 settembre 2017**

I genitori/tutori/affidatari dovranno fornire alla scuola:

- **Documentazione rilasciata dalla ASL o autocertificazione di avvenuta vaccinazione;**
- **Documentazione medica per l'omissione, il differimento e l'immunizzazione da malattia;**
- **Copia della prenotazione dell'appuntamento per le vaccinazioni presso la ASL.**

### **Scuola primaria e secondaria di 1° grado entro il 31 ottobre 2017**

I genitori/tutori/affidatari dovranno fornire alla scuola:

- Documentazione rilasciata dalla ASL o autocertificazione di avvenuta vaccinazione;
- Documentazione medica per l'omissione, il differimento e l'immunizzazione da malattia;
- Copia della prenotazione dell'appuntamento per le vaccinazioni presso la ASL.

#### Tutti gli ordini di scuola entro il 10 marzo 2018

I genitori/tutori/affidatari dovranno fornire alla scuola:

**documentazione (copia del libretto vaccinale o certificazione rilasciata dalla ASL) comprovante l'avvenuta vaccinazione.**

#### Operatori scolastici entro il 16 novembre 2017

Dovranno presentare all'istituzione scolastica una dichiarazione sostitutiva comprovante la propria situazione vaccinale, utilizzando l>All.2

Area dedicata messa a disposizione del Ministero della salute: [www.salute.gov.it/vaccini](http://www.salute.gov.it/vaccini)

Numero verde 1500.

Si allega:

All.1 ( Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà per i Sigg. genitori);

All.2 ( Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà per gli operatori scolastici);

Il Dirigente Scolastico  
( Dott. Antonello Scanu)

**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 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. \_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, sotto la propria responsabilità,

**DICHIARA**

che \_\_\_\_\_  
(cognome e nome dell'alunno/a)  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
(luogo)(prov.)

**ha effettuato le vaccinazioni obbligatorie indicate di seguito<sup>1</sup>:**

- 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).

**ha richiesto all'azienda sanitaria locale di effettuare le vaccinazioni obbligatorie non attuate.**

(apporre una crocetta sulle caselle interessate)

<sup>1</sup> Da non compilare nel caso sia stata presentata copia del libretto di vaccinazioni vidimato dalla azienda sanitaria locale o il certificato vaccinale o un'attestazione delle vaccinazioni effettuate, rilasciati dall'azienda sanitaria locale.

Il/la sottoscritto/a – nel caso in cui non abbia già provveduto – si impegna a consegnare, **entro il 10 marzo 2018**, la documentazione comprovante quanto dichiarato.

---

(luogo, data)

**Il Dichiarante**

---

*Ai sensi dell'articolo 38, d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata all'Ufficio competente unitamente a copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore.*

*Ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali", i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti e, secondo quanto previsto dall'articolo 48 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, saranno utilizzati esclusivamente per gli adempimenti richiesti dal decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73.*

**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 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

- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> anti-poliomelitica                         | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-difterica                             | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-tetanica                              | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-epatite B                             | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-pertosse                              | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-morbillo                              | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-rosolia                               | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-varicella                             | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-parotite                              | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti- <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b | <input type="checkbox"/> non ricordo |

\_\_\_\_\_  
 (luogo, data)

**Il Dichiarante**

\_\_\_\_\_

*Ai sensi dell'articolo 38, d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata all'Ufficio competente unitamente a copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore.*

*Ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali", i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti e, secondo quanto previsto dall'articolo 48 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, saranno utilizzati esclusivamente per gli adempimenti richiesti dal decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73.*