



Unione Europea

**FONDI  
STRUTTURALI  
EUROPEI**

**pon**  
2014-2020



MIUR

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca  
Dipartimento per la programmazione e la Gestione delle  
Risorse Umane, Finanziarie e Strumentali  
Direzione Generale per interventi in materia di Edilizia  
Scolastica per la gestione dei Fondi Strutturali per  
l'Istruzione e per l'Innovazione Digitale  
Ufficio IV

PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO (FSE-FESR)



**ISTITUTO STATALE DI ISTRUZIONE SPECIALIZZATA PER SORDI**  
con CONVITTO PER SORDI DI ROMA Annesso  
**"Antonio Magarotto"**



[www.isiss-magarotto.gov.it](http://www.isiss-magarotto.gov.it) pec [rmis092007@pec.istruzione.it](mailto:rmis092007@pec.istruzione.it)

Sede Legale: Vicolo del Casal Lumbroso 129 00166 Roma - C.F. 80223210586 - Tel 0612112772

Mail: sedi Roma [rmis092007@istruzione.it](mailto:rmis092007@istruzione.it) - sede Torino [tors010007@istruzione.it](mailto:tors010007@istruzione.it) - Sede Padova [pdttd13000q@istruzione.it](mailto:pdttd13000q@istruzione.it)

IPSIA Magarotto	V.lo del Casal Lumbroso 129	00166	ROMA	Tel	06121127720/1
Liceo Scientifico Scienze Applicate	V.lo del Casal Lumbroso 129	00166	ROMA	Tel	06121127720/1
SMS Severino Fabriani	Via Don Carlo Gnocchi 70	00166	ROMA	Tel	0661529182
I.C. Tommaso Silvestri e Succ. SMS	Via Nomentana 56	00161	ROMA	Tel	0644254656
CONVITTO per Sordi di Roma	V.lo del Casal Lumbroso 129	00166	ROMA	Tel	066692877
IPSIA Magarotto	Via Monte Corno 34	10127	TORINO	Tel	0113174189
ITE Magarotto	Via delle Cave 180	35136	PADOVA	Tel	049720700

Padova, 16 novembre 2017

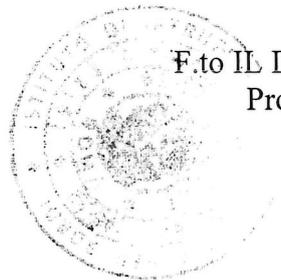
Ai Docenti  
Al personale Ata

CIRCOLARE N. 42

**OGGETTO: Autocertificazione vaccinazioni Docenti e Ata.**

In riferimento all'oggetto, con la presente si porta a conoscenza la circolare del Dirigente scolastico n. 68 del 15/11/2017, che si allega.

Distinti saluti.



F.to IL DIRETTORE DI SEDE  
Prof.ssa Arianna Caccaro

ALLEGATO: circolare n. 68 del 15/11/2017.



**FONDI STRUTTURALI EUROPEI**

**pon**  
2014-2020

PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO (FSE-FESR)



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca  
Dipartimento per la programmazione e la Gestione delle Risorse Umane, Finanziarie e Strumentali  
Direzione Generale per interventi in materia di Edilizia Scolastica per la gestione dei Fondi Strutturali per l'Istruzione e per l'Innovazione Digitale  
Ufficio IV



**ISTITUTO STATALE DI ISTRUZIONE SPECIALIZZATA PER SORDI**  
con CONVITTO PER SORDI DI ROMA Annesso  
**"Antonio Magarotto"**



www.isiss-magarotto.gov.it pec rmis092007@pec.istruzione.it

**Sede Legale:** Vicolo del Casal Lumbroso 129 00166 Roma - C.F. 80223210586 - Tel 0612112772

**Mail:** sedi Roma rmis092007@istruzione.it - sede Torino tors010007@istruzione.it - Sede Padova pdtd13000q@istruzione.it

IPSIA Magarotto	V.lo del Casal Lumbroso 129	00166	ROMA	Tel	06121127720/1
Liceo Scientifico Scienze Applicate	V.lo del Casal Lumbroso 129	00166	ROMA	Tel	06121127720/1
SMS Severino Fabriani	Via Don Carlo Gnocchi 70	00166	ROMA	Tel	0661529182
I.C. Tommaso Silvestri e Succ. SMS	Via Nomentana 56	00161	ROMA	Tel	0644254656
CONVITTO per Sordi di Roma	V.lo del Casal Lumbroso 129	00166	ROMA	Tel	066692877
IPSIA Magarotto	Via Monte Corno 34	10127	TORINO	Tel	0113174189
IT Magarotto	Via Cave 180	35136	PADOVA	Tel	049720700

Roma 15/11/2017

Sedi ISISS Magarotto  
Al Convitto Sordi Roma  
Al DSGA  
All'Ufficio di Vicepresidenza  
Ai Docenti  
Agli Educatori  
Al personale ATA

Circolare n° 68

Oggetto: autocertificazione vaccinazioni Docenti e ATA

L'art. 3, co. 3-bis del decreto legge 7 giugno 2017, n. 73, convertito con modificazioni dalla legge 31 luglio 2017, n. 119, recante "*Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale, di malattie infettive e di controversie relative alla somministrazione di farmaci*" **dispone che, entro il 16 novembre 2017, gli operatori scolastici** (AA, AT, CS, Educatori, infermieri, cuochi, guardarobieri, docenti, DSGA e dirigenti scolastici) **presentino alle Istituzioni Scolastiche presso le quali prestano servizio una dichiarazione sostitutiva resa ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, comprovante la propria situazione vaccinale, utilizzando il modello di cui all'allegato 2.**

Pertanto tutto il personale in indirizzo entro il 17/11/2017 dovrà compilare e consegnare in busta chiusa alla segreteria della propria sede il modello allegato alla presente circolare.

Sulla busta andrà scritto "**autodichiarazione vaccini - nome e cognome - sede di lavoro**"



**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**  
**Prof.ssa Isabella Pinto**

Firma autografa sostituita a mezzo stampa  
ai sensi dell'art. 3, comma 2, del D.Lgs. 39/93

**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.*