



**ISTITUTO COMPRENSIVO "SAN GIROLAMO"**

Venezia, Cannaregio 3022/A, CAP 30121 Tel. 041 717336 – fax 041 721789  
e – mail [VEIC84200T@istruzione.it](mailto:VEIC84200T@istruzione.it) – [VEIC84200T@pec.istruzione.it](mailto:VEIC84200T@pec.istruzione.it)

Codice Scuola VEIC84200T

**VENEZIA**

Com. 22 COMUNE

Venezia, 17.10.2017

AL PERSONALE DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO  
DOCENTI  
ATA  
DIRIGENTE SCOLASTICO

**Oggetto:** Dichiarazione propria situazione vaccinale da parte degli operatori scolastici.

La nota MIUR 0001622.16-08-2017 prevede, come indicato dall'art. 3, co. 3-bis, del decreto-legge che, **entro il 16 novembre 2017**, gli operatori 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.

A tal fine si allega:

1. Allegato 2 come da CM citata;
2. Indicazioni tratte dal sito dell'ULSS 3 Serenissima con istruzioni ed indirizzi per ottenere il rilascio della certificazione vaccinale;
3. Modulo on line da inviare compilato agli indirizzi indicati per il rilascio di quanto richiesto.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
**prof. Alberto Solesin**

**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.*

## ISTRUZIONI DAL SITO DELL'ULSS 3 SERENISSIMA

È possibile **richiedere personalmente** il rilascio del certificato vaccinale o di copia di documentazione sanitaria, presso le segreterie delle sedi del Servizio Igiene e Sanità Pubblica, in orario di apertura al pubblico:

- Mestre - P.le San Lorenzo Giustiniani 11/d Mestre (VE) dal Lunedì al Venerdì dalle 8.30 alle 12.00 e il giovedì dalle 14.30 alle 16.00;
- Venezia - Dorsoduro 1454 – presso ex Ospedale G.B.Giustinian Venezia dal Lunedì al Venerdì dalle 8.30 alle 12.00 e il giovedì dalle 14.30 alle 16.00;

Il rilascio del certificato vaccinale è possibile inoltre nelle sedi dei Distretti Socio Sanitari presso i Servizi Vaccinali dell'Infanzia.

È possibile inoltre:

- **Richiedere via e-mail:** in questo caso la richiesta può essere inviata agli indirizzi [sispambme@ulss12.ve.it](mailto:sispambme@ulss12.ve.it) e [sispambve@ulss12.ve.it](mailto:sispambve@ulss12.ve.it) allegando il [modulo di richiesta rilascio](#), compilato nelle parti di interesse, firmato e scannerizzato e accompagnato dalla scansione di un documento di identità valido.
- **Richiedere via fax:** in questo caso la richiesta può essere effettuata ai numeri di fax [041.2608995](tel:041.2608995) e [041.5295857](tel:041.5295857) inviando il [modulo di richiesta rilascio](#), compilato nelle parti di interesse, firmato e accompagnato dalla copia di un documento di identità valido.

**DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE**

U.O.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica

Distretto del Veneziano

Direttore: Dott. Vittorio Selle

Mestre – Via San Lorenzo Giustiniani 11d – Tel. 041.2608957 – Fax 041.2608995 [sispambme@aulss3.veneto.it](mailto:sispambme@aulss3.veneto.it)Venezia – Dorsoduro 1464 – Tel. 041.5295857 – Fax 041.5295837 [sispambve@aulss3.veneto.it](mailto:sispambve@aulss3.veneto.it)
**MODULO DI RICHIESTA DI COPIA DELLA DOCUMENTAZIONE VACCINALE e/o  
SANITARIA**
**Io sottoscritto/a:**

Nome.....Cognome.....

Nato a.....Prov.....il...../...../.....

Residente a .....Prov.....Via.....

Telefono .....

**In qualità di esercente la potestà di** ☐ **genitore** ☐ **tutore** ☐ **curatore**
☐ **amministratore di sostegno di:**

Nome.....Cognome.....

Nato a.....il...../...../.....

Residente a.....Prov.....Via.....

**Richiede copia di:**☐ Certificato vaccinale☐ Documentazione sanitaria**Il sottoscritto richiedente DELEGA per il ritiro:**

Nome.....Cognome.....

Nato a.....il...../...../.....

Residente in.....

Via.....

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 /2000, allega la fotocopia, non autenticata, di un documento di identità in corso di validità.

**La persona delegata deve presentarsi con un proprio documento di riconoscimento in corso di validità.**

Data\_\_\_\_\_

Firma\_\_\_\_\_



**DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE**

**U.O.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica**

**Distretto del Veneziano**

**Direttore: Dott. Vittorio Selle**

**Mestre – Via San Lorenzo Giustiniani 11d – Tel. 041.2608957 – Fax 041.2608995 [sispambme@aulss3.veneto.it](mailto:sispambme@aulss3.veneto.it)**

**Venezia – Dorsoduro 1464 – Tel. 041.5295857 – Fax 041.5295837 [sispambve@aulss3.veneto.it](mailto:sispambve@aulss3.veneto.it)**

**Il sottoscritto richiedente esprime la volontà che quanto sopra richiesto  
venga inviato:**

☐ Al seguente numero di fax \_\_\_\_\_

☐ Al seguente indirizzo di posta elettronica: \_\_\_\_\_

**ED ESONERA L'AZIENDA DA OGNI RESPONSABILITÀ**

- **di ricezione incompleta od illeggibile dei dati trasmessi;**
- **di conoscenza accidentale dei datti sanitari da parte di terzi soggetti.**

Allega a tal fine la fotocopia, non autenticata, di un documento di identità in corso di validità.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_