



Istituto di Istruzione Secondaria Superiore
"J. M. Keynes"

Via Bondanello, 30 - 40013 CASTEL MAGGIORE (BO)
C.F. 92001280376 - Tel. 0514177611 - Fax 051712435
e-mail: segreteria@keynes.scuole.bo.it - web: <http://keynes.scuole.bo.it>



Documento 22/02/2018 - USCITA - PREVENZIONE VACCINALE- SOLLECITO CONSEGNA CERTIFICAZIONI ENTRO IL 10.03.2018 - Registri: REGISTRO PROTOCOLLO - C .27 . - 0001444 - 22/02/2018

Ai Genitori degli studenti non in regola con le vaccinazioni

Oggetto: **VACCINAZIONI- SCADENZA AUTOCERTIFICAZIONE *sostitutiva* entro e non oltre il 10 marzo 2018- RICHIESTA COPIA PRENOTAZIONE ASL e conseguente COPIA del certificato VACCINALE**

Il Decreto legge n.73 è stato recentemente convertito nella legge n.119 recante "Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale, di malattie infettive e di controversie relative alla somministrazione di farmaci", che estende il numero delle vaccinazioni obbligatorie attualmente previste nell'infanzia e nell'adolescenza (fascia d'età da zero a 16 anni).

Per l'anno scolastico in corso la L. n. 119 prevede che i dirigenti scolastici delle istituzioni del sistema nazionale di istruzione (statali e paritarie) e i responsabili dei servizi educativi per l'infanzia, dei centri di formazione professionale regionale e delle scuole private non paritarie richiedano ai genitori o ai tutori la presentazione di idonea documentazione comprovante l'effettuazione delle vaccinazioni obbligatorie previste dal decreto legge, idonea documentazione comprovante l'esonero, l'omissione o il differimento, per motivi di salute, oppure copia della prenotazione dell'appuntamento presso l'ASL per l'effettuazione delle vaccinazioni mancanti.

SI INVITANO I GENITORI, a seguito derlla NOTA MIUR 0002742 del 16.02.2018 a provvedere a consegnare alla scuola entro il 10.03.2018 COPIA DELLA PRENOTAZIONE ASL e a seguire COPIA DEL CERTIFICATO VACCINALE.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
arch. Paola Calenda

AUTOCERTIFICAZIONE (da parte del GENITORE)
(Ai sensi del Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a

.....

Nato/a a il

..... Residente a Via

.....N° ASL di

appartenenza.....

Consapevole delle responsabilità penali dovute a false dichiarazioni,

DICHIARA

di non aver ricevuto convocazione dalla ASL come previsto dalla disposizione regionale
n.15657/A14000 del 18.07.2017 , e che il proprio

figlio/a..... è in

regola con il programma vaccinale vigente. Luogo e data.....

In fede

