

**AUTODICHIARAZIONE**  
ai sensi del D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, n. 445

La/Il sottoscritta/o (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_

*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 31 luglio 2017, n. 119, sotto la propria responsabilità,*

**DICHIARA**

che (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_

ha effettuato le seguenti vaccinazioni:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Antipolio        | <input type="checkbox"/> Antimorbillo                                       |
| <input type="checkbox"/> Antidifterica    | <input type="checkbox"/> Antiparotite                                       |
| <input type="checkbox"/> Antitetanica     | <input type="checkbox"/> Antirosolia  |
| <input type="checkbox"/> Antiepatite B    | <input type="checkbox"/> Antivaricella (solo per i nati a partire dal 2017) |
| <input type="checkbox"/> Antipertossica   |   |
| <input type="checkbox"/> Antihæmophilus B |   |

- è esonerato da uno o più obblighi vaccinali per avvenuta immunizzazione (come da attestazione allegata);
- ha omesso o differito una o più vaccinazioni (come da attestazione allegata);
- ha richiesto all'azienda sanitaria locale di effettuare le vaccinazioni obbligatorie non effettuate.

La/Il sottoscritta/o – nel caso in cui non abbia già provveduto – si impegna a consegnare, entro il 10 marzo 2018, copia del libretto delle vaccinazioni vidimato dalla azienda sanitaria locale o il certificato vaccinale o un'attestazione delle vaccinazioni effettuate, rilasciati dall'azienda sanitaria locale o, in alternativa, autorizza al trattamento dei dati (vedi informativa)

La/Il sottoscritta/o dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione di dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, per aderire agli obblighi dettati dal d.l. 7 giugno 2017 n. 73 (Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale) ed esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. E' altresì informato che tali dati, di cui potrà essere richiesta la verifica presso l'Azienda Sanitaria di residenza dell'alunno, verranno trattati dal personale scolastico, docente e non docente, ai solo fini di tutela della salute pubblica e che la loro conoscenza potrà anche influire sulla formazione delle classi.

Data

Firma leggibile del dichiarante

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia

piazza Unità d'Italia 1 – 34121 Trieste

### Informativa per il trattamento dei dati personali - D.Lgs n. 196/2003 “Codice Privacy” **VACCINAZIONI OBBLIGATORIE AI SENSI DEL D.L. 7 giugno 2017, n. 73.**

Gentile Signora/e

Il D.Lgs n. 196/2003 (“Codice sulla privacy”) considera le “Attività amministrative correlate a quelle di prevenzione, diagnosi e cura (art.85, comma 1, lettera a)” e la “Programmazione, gestione, controllo e valutazione dell’assistenza sanitaria (art. 85, comma 1, lettera b)” di rilevante interesse pubblico.

Il trattamento dei dati personali nei programmi di **vaccinazione obbligatoria per l’accesso o la frequentazione delle scuole** (ci riferiamo agli adempimenti per l’iscrizione ai servizi educativi per l’infanzia, alle istituzioni del sistema nazionale di istruzione, ai centri di formazione professionale regionale e alle scuole private non paritarie) prevede due momenti principali.

Il **primo** consiste nella presentazione, a carico dell’utente, al momento dell’iscrizione agli istituti di istruzione/formazione della documentazione o della dichiarazione sostitutiva comprovante l’effettuazione delle vaccinazioni.

La **seconda** fase consiste nella verifica da parte degli istituti di formazione/istruzione della veridicità delle dichiarazioni sostitutive ovvero nella presentazione delle certificazioni emesse dall’Azienda Sanitaria di residenza.

**Al fine di rendere più agevole e celere per l’utenza e per le istituzioni il percorso burocratico di presentazione o controllo delle certificazioni comprovanti l’adesione ai programmi di vaccinazione obbligatoria, si chiede di esprimere il consenso a che gli istituti di formazione/istruzione possano richiedere direttamente, sia per il corrente anno scolastico che per i successivi, all’Azienda Sanitaria di residenza copia delle certificazioni attestanti l’effettuazione delle vaccinazioni previste dal Decreto Ministeriale n° 73 del 7 giugno 2107 e successive modifiche.**

- **Titolari del trattamento dei dati** sono l’Azienda Sanitaria di residenza e l’istituto di formazione/istruzione presso cui il minore risulta iscritto.

- **Responsabili del trattamento dei dati** sono il ***Direttore Generale dell’Azienda Sanitaria di residenza ed il Dirigente scolastico dell’Istituto di istruzione/formazione***, nei confronti del quale Lei potrà, in ogni momento, esercitare i diritti ai sensi dell’art. 7 del D. Lgs. 196/2003 che integralmente si trascrive.

#### **ART. 7 – Diritto di accesso ai dati personali e altri diritti**

1. L’interessato ha diritto di ottenere la conferma dell’esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.

2. L’interessato ha diritto di ottenere l’indicazione: a) dell’origine dei dati personali; b) delle finalità e modalità del trattamento; c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l’ausilio di strumenti elettronici; d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell’articolo 5, comma 2; e) dei soggetti o delle categorie ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.

3. L’interessato ha diritto di ottenere: a) l’aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l’integrazione dei dati; b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;

c) l’attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.

4. L’interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte: a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano ancorché pertinenti allo scopo della raccolta; b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

La/Il sottoscritta/o \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_ del minore

\_\_\_\_\_ **dichiara**

- **di aver preso visione dell’informativa per il trattamento dei dati personali**
- **di autorizzare l’istituto di istruzione/formazione a richiedere direttamente, sia per il corrente anno scolastico che per i successivi, all’Azienda Sanitaria di residenza copia delle certificazioni attestanti l’effettuazione delle vaccinazioni previste dal Decreto Ministeriale n° 73 del 7 giugno 2107 e successive modifiche**

DATA, \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_