



ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE
"Albert Einstein - Antonio Nebbia"

Via Abruzzo, s.n. 60025 LORETO (AN)

telefono: 071 7507611

fax: 071 7507660

internet: www.einstein-nebbia.gov.it

email: anis00800x@istruzione.it

pec: anis00800x@pec.istruzione.it

Codice Istituto: ANIS00800X

Codice Fiscale: 80011310424



Certificazione di Qualità
UNI EN ISO 9001:2008



Member of the
Association
of
European Hotel
and
Tourism Schools



ISTITUTO TECNICO
Settore ECONOMICO

- AMMINISTRAZIONE, FINANZA
E MARKETING
- TURISMO

ISTITUTO PROFESSIONALE
Settore SERVIZI

- SERVIZI PER L'ENOGASTRONOMIA
E L'OSPITALITA' ALBERGHIERA
- SERVIZI COMMERCIALI

**Ai genitori/tutor
di alunni fino a 16 anni di età**

Oggetto: Adempimenti relativi agli obblighi vaccinali

D.L. n. 73/2017, come convertito con modificazioni nella Legge n. 119/2017 -
Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale, malattie infettive e di
controversie relative alla somministrazione di farmaci
C.M. n. 1622 del 16/08/2017 – Prime indicazioni operative alle istituzioni
scolastiche per l'applicazione D.L. n. 73/2017, come convertito con modificazioni
nella Legge n. 119/2017
Circolare Giunta Regione Marche del 22/08/2017, prot. n. 812433/GRM/SAN/P

Si comunica a tutte le famiglie dei minori **entro il 16° anno** di età la necessità di
espletamento delle seguenti procedure **ENTRO IL 31 OTTOBRE 2017**

Per i soggetti vaccinabili senza alcuna controindicazione per motivi di salute, è
necessario produrre alla segreteria dell'Istituto uno dei seguenti documenti:

- Dichiarazione sostitutiva redatta sul modello scaricabile (vedi **Allegato1**)
- Attestazione delle vaccinazioni effettuate rilasciata da ASL competente
- Certificato vaccinale rilasciato da ASL competente
- Copia del libretto vaccinale rilasciato da ASL competente
- Copia di formale dichiarazione di richiesta di vaccinazione inoltrata alla ASL
competente (vedi **AllegatoA2**); tale circostanza può essere autocertificata con il
modulo **Allegato1**.

**Per i soggetti per i quali sia stato disposto l'esonero, l'omissione o il differimento
delle vaccinazioni** è necessario produrre uno o più dei seguenti documenti:

- Attestazione del differimento o omissione delle vaccinazioni per motivi di salute
redatta dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta del SSN
(vedi **AllegatoC**).

- Attestazione di avvenuta immunizzazione a seguito di malattia naturale, rilasciata dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta del SSN o copia della notifica di malattia infettiva rilasciata dalla ASL competente ovvero verificata con analisi sierologica.

Per ogni informazione sulle vaccinazioni obbligatorie previste in relazione alle fasce di età è possibile consultare il [sito del Ministero della Salute](#) o in alternativa rivolgersi al proprio medico di base.

Per chiarimenti è attivo anche il **numero verde del Ministero della Salute 1500**.
Chiunque non fosse in regola con il calendario vaccinale e abbia inoltrato richiesta di vaccinazione alla ASL competente è tenuto a presentare alla segreteria dell'Istituto la documentazione comprovante l'adempimento degli obblighi vaccinali **ENTRO IL 10 MARZO 2018**.

La mancata presentazione della documentazione o il mancato rispetto dei termini di scadenza da parte dei genitori/tutori obbliga il Dirigente scolastico alla segnalazione presso la ASL territorialmente competente.

Il Dirigente scolastico
Prof. Gabriele Torquati

Allegato 1

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 _____ (_____) in via _____ n. _____
(luogo) (prov.) (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 31 luglio 2017, n. 119, 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 seguito¹:
 - anti-poliomielitica;
 - 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).
- 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.
(apporre una croce sulle caselle di interesse)

Il/La sottoscritto/a – 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.

(luogo, data)

Il Dichiarante

.....

¹ Da non compilare nel caso in cui sia stata presentata 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.

Allegato A2

Al Servizio Igiene e Sanità Pubblica Area Vasta
Via
Città.....

Il/La sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)
nato/a a _____ (____) il _____
(luogo)(prov.)
residente a _____ (____)
(luogo)(prov.)
in via/piazza _____ n. _____
(indirizzo)

Il/La sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)
nato/a a _____ (____) il _____
(luogo)(prov.)
residente a _____ (____)
(luogo)(prov.)
in via/piazza _____ n. _____
(indirizzo)

in qualità di genitore/i esercente/i 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. 119/2017, sotto la propria responsabilità,

CHIEDE/CHIEDONO

Che al/alla proprio/a figlio/a _____
(cognome e nome dell'alunno/a)
nato/a a _____ (____) il _____
(luogo) (prov.)

vengano somministrate le vaccinazioni necessarie per il completamento di quelle previste dalla Legge 119/2017.

Al fine di concordare le modalità si chiede di essere contattato:

- al seguente numero telefonico.....
- alla seguente email:
- inviando comunicazione all'indirizzo sopra indicato

(luogo, data)

In fede

Firma _____

(Nella situazione di genitori separati si suggerisce che la richiesta venga firmata da entrambi)

Allegato C

MODULO ATTESTAZIONE DI ESONERO O DIFFERIBILITA' DELLE VACCINAZIONI OBBLIGATORIE

Consapevole delle responsabilità penali dovute a false dichiarazioni,

ATTESTO CHE

Il mio assistito (nome e cognome)

Nato/a a il

Residente a Via N°

Distretto ASUR di appartenenza

Risulta affetto da (specificare la condizione che determina la controindicazione alle vaccinazioni, in coerenza con le indicazioni fornite dal Ministero della Salute e dall'Istituto Superiore di Sanità nella Guida alle controindicazioni alle vaccinazioni ediz. 2009*1)

.....
.....
.....
.....
.....

e che pertanto la vaccinazione nei confronti di (segnalare le malattie per cui la vaccinazione è controindicata) Tetano, Difterite, Epatite B, Poliomielite, Pertosse, Haemophilus influenzae b, Morbillo, Parotite, Rosolia, Varicella

è controindicata **definitivamente** - **temporaneamente**

Luogo e data

Il MMG - PLS
(Firma e timbro)

.....

¹ Disponibile al seguente link: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1947_allegato.pdf. Aggiornamenti di tale guida vengono fatti periodicamente in relazione alle nuove evidenze e saranno disponibili alla medesima pagina web