



## Istituto Comprensivo "Eleonora Duse"

Via san Girolamo, 38- Bari -70123 – Tel. 0805347575- Fax 080 5341170  
[www.scuoladuse.gov.it](http://www.scuoladuse.gov.it) - [baic816009@istruzione.it](mailto:baic816009@istruzione.it) – [baic816009@pec.istruzione.it](mailto:baic816009@pec.istruzione.it)

### COMUNICAZIONE INDICAZIONI OPERATIVE IN MATERIA DI PREVENZIONE VACCINALE

#### Disposizioni transitorie per l'anno scolastico 2017/2018

La documentazione comprovante l'effettuazione delle vaccinazioni o l'esonero, l'omissione o il differimento delle stesse o la prenotazione di appuntamento per l'effettuazione della vaccinazione presso la ASL territorialmente competente, dovrà essere presentata **entro il 10 settembre 2017**.

La documentazione comprovante l'effettuazione delle vaccinazioni obbligatorie potrà essere sostituita da autocertificazione (resa ai sensi del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445) in tale caso, la documentazione comprovante l'effettuazione delle vaccinazioni obbligatorie dovrà essere presentata **entro il 10 marzo 2018**.

- a) **i nati negli anni dal 2001 al 2011** hanno l'obbligo di assolvere agli adempimenti documentali per:  
l'anti-epatite B, l'anti-tetano, l'anti-poliomielite, l'anti-difterite, l'anti-pertosse, l'anti-*Haemophilus influenzae* tipo b, l'anti-morbillo, l'anti-rosolia e l'anti-parotite;
- b) **i nati dal 2012 al 2016** hanno l'obbligo di assolvere agli adempimenti documentali per:  
l'anti-epatite B, l'anti-tetano, l'anti-poliomielite, l'anti-difterite, l'anti-pertosse, l'anti-*Haemophilus influenzae* tipo b, l'anti-morbillo, l'anti-rosolia, l'anti-parotite e l'anti-meningococco C;
- c) **i nati dal 2017** hanno l'obbligo di assolvere agli adempimenti documentali per:  
l'anti-epatite B, l'anti-tetano, l'anti-poliomielite, l'anti-difterite, l'anti-pertosse, l'anti-*Haemophilus influenzae* tipo b, l'anti-morbillo, l'anti-rosolia, l'anti-parotite, l'anti-meningococco C, l'antimeningococco B e l'anti-varicella.

### AUTOCERTIFICAZIONE DI VACCINAZIONE

(D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

Il/La sottoscritto/a ..... Nato/a a .....  
il ..... Residente a ..... Via ..... N.....  
consapevole delle sanzioni penali previste in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

#### DICHIARA

che al/all'figlio/a ..... classe ... sez.....

- sono state somministrate tutte le vaccinazioni previste dalla legge
- è stato riconosciuto l'esonero per immunizzazione per malattia naturale;
- è stato riconosciuta l'omissione o il differimento per particolari condizioni cliniche documentate.

II DICHIARANTE

.....

Data, .....