



Liceo Statale "Guarino Veronese"
Sede Associata Liceo Statale "A.M. Roveggio"



Liceo Statale "Guarino V. Via Cavalieri di Vittorio Veneto, 28 - 37047 San Bonifacio (VR) tel. 0457610190 fax 0456133476 C.F. 83002170237-
mail: vris008006@istruzione.it; PEC: vris008006@pec.istruzione.it; Sito: www.guarinoveronese.it; Sede associata Liceo Scientifico Statale
"Antonio Maria Roveggio" Via Colonnello Gaspari, 4 -37044 Cologna Veneta (VR) tel. 044285850 fax 044285443.

Circ. n. 377

San Bonifacio, 14/07/2017

- Ai Genitori degli
Studenti nati dall'anno 2001

Oggetto : Documentazione per l'iscrizione a scuola in applicazione al DL n73 del 7 giugno 2017

In relazione alla comunicazione dell'ULSS 9, Dipartimento di prevenzione dell'azienda ULSS9 Scaligera nella quale si evidenzia la nota dell'applicazione del D.L. n.73 del 7 giugno 2017 recante disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale (presente in allegato) si richiede a tutti i genitori degli alunni nati dall'anno 2001 al 2003 (iscritti alla classi prime e seconde a.s.2017/18) di compilare, l'allegato modulo di **dichiarazione sostitutiva di certificazione**, entro e non oltre il **10 settembre 2017**, documentazione sufficiente per l'iscrizione a scuola dei propri figli per l'anno scolastico 2017/2018. Tale certificazione dovrà essere confermata dalla presentazione della documentazione entro il 10 marzo 2018.



IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Maurizio Bianchi

Oggetto: DECRETO-LEGGE 7 giugno 2017, n. 73 Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale. (17G00095) (GU n.130 del 7-6-2017)

Il DECRETO-LEGGE 7 giugno 2017, n. 73 "Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale" dichiara obbligatorie per legge, secondo le indicazioni del Calendario allegato al Piano nazionale di prevenzione vaccinale vigente (età 0-16 anni) e in riferimento alla coorte di appartenenza, le vaccinazioni di seguito indicate:

- anti-poliomelitica;
- anti-difterica;
- anti-tetanica;
- anti-epatite B;
- anti-pertosse;
- anti Haemophilus influenzae tipo B;
- anti-meningococcica B;
- anti-meningococcica C;
- anti-morbillo;
- anti-rosolia;
- anti-parotite;
- anti-varicella.

Le dodici vaccinazioni elencate devono essere tutte obbligatoriamente somministrate ai nati dal 2017.

Ai nati dal 2001 al 2016 devono essere somministrate le vaccinazioni contenute nel Calendario Vaccinale Nazionale relativo a ciascun anno di nascita. Precisamente:

- **i nati dal 2001 al 2004**, devono effettuare (ove non abbiano già provveduto) le quattro vaccinazioni già imposte per legge (anti-epatite B; anti-tetano; anti-poliomielite; anti-difterite) e l'anti-morbillo, l'anti-parotite, l'anti-rosolia, l'anti-pertosse e l'anti-Haemophilus influenzae tipo b, raccomandate dal Piano Nazionale Vaccini 1999-2000;
- **i nati dal 2005 al 2011**, devono effettuare, oltre alle quattro vaccinazioni già imposte per legge, anche l'anti-morbillo, l'anti-parotite, l'anti-rosolia, l'anti-pertosse e l'anti-Haemophilus influenzae tipo b, previsti dal Calendario vaccinale incluso nel Piano Nazionale Vaccini 2005-2007;
- **i nati dal 2012 al 2016** devono effettuare, oltre alle quattro vaccinazioni già imposte per legge, anche l'anti-morbillo, l'anti-parotite, l'anti-rosolia, l'anti-pertosse, l'anti-Haemophilus influenzae tipo b e l'anti-meningococcica C, previste dal Calendario vaccinale incluso nel Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2012-2014.

I nati dal 2017 devono effettuare, oltre alle quattro vaccinazioni già imposte per legge, anche l'anti-morbillo, l'anti-parotite, l'anti-rosolia, l'anti-pertosse, l'anti-Haemophilus influenzae tipo b, l'anti-meningococcica C, l'anti-meningococcica B e l'anti-varicella, previste dal Calendario vaccinale incluso nel nuovo Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019.

Sono esonerati dall'obbligo di vaccinazione:

- **i soggetti immunizzati per effetto della malattia naturale.** Ad esempio i bambini che hanno già contratto la varicella non dovranno vaccinarsi contro tale malattia.

- *i soggetti che si trovano in specifiche condizioni cliniche documentate, attestate dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta. Ad esempio per i soggetti che abbiano avuto pregresse gravi reazioni allergiche al vaccino o ad uno dei suoi componenti.*

Indicazioni per l'anno scolastico 2017/2018

Per l'anno scolastico 2017-2018, sono dettate specifiche disposizioni transitorie per la fase di prima applicazione del decreto:

- **Entro il 10 settembre 2017,**
 - per l'avvenuta vaccinazione: può essere presentata la relativa documentazione comprovante l'avvenuta/e vaccinazione/i, oppure un'autocertificazione;
 - per l'omissione, il differimento e l'immunizzazione da malattia: deve essere presentata relativa documentazione;
 - coloro che sono in attesa di effettuare una prima vaccinazione possono presentare copia della convocazione rilasciata dal Centro Vaccinale di riferimento.
- **Entro il 10 marzo 2018 va presentata tutta la documentazione comprovante l'avvenuta/e vaccinazione/i.**

Seguiranno indicazioni puntuali sulle modalità operative di applicazione del decreto anche in relazione a prossimi confronti con l'Ufficio Scolastico Regionale.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000)

ANNO SCOLASTICO 2017 – 2018

(Il modulo deve essere compilato in ogni sua parte in stampatello maiuscolo)

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a _____ Nazione _____ il ___ / ___ / ___

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residente in Via/Piazza _____ n. _____

CAP _____ Città _____ Provincia _____

Tel fisso _____ Cell. _____ e-mail _____

In qualità di madre padre tutore

di _____ maschio femmina

Nato/a _____ Nazione _____ il ___ / ___ / ___

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Consapevole delle conseguenze penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti,
richiamate dall'art. 76 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

DICHIARA

che al minore sono state effettuate le seguenti vaccinazioni:

TIPO di VACCINAZIONE	SI	NO
anti - epatite B		
anti - tetano		
anti - poliomielite		
anti - difterite		
anti - pertosse		
anti - haemophilus influenziate tipo B		
anti - morbillo		
anti - rosolia		
anti - parotite		
anti - meningococco B		
anti - meningococco C		
anti - varicella		

In alternativa allo schema soprariportato si allega copia del libretto vaccinale.

Verona ___ / ___ / _____

Firma
