

**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  
° medico in formazione specialistica iscritto alla Scuola di Specializzazione in \_\_\_\_\_

ai sensi e per gli effetti del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, come convertito con modificazioni dalla legge 31 luglio 2017, n. 119, sotto la propria responsabilità,

**DICHIARA**

di aver effettuato le seguenti vaccinazioni:

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> anti-poliomelitica                        | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-difterica                            | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-tetanica                             | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-epatite B                            | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-pertosse                             | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-morbillo                             | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-rosolia                              | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-varicella                            | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-parotite                             | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-influenzale                          | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-meningococcica C                     | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-meningococcica B                     | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-pneumococco                          | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-epatite A                            | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-papillomavirus                       | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-herpes zoster                        | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-rotavirus                            | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> anti-tbc                                  | <input type="checkbox"/> non ricordo |
| <input type="checkbox"/> .....                                     |                                      |

\_\_\_\_\_  
(Luogo, data)

**Il Dichiarante**

.....

*Ai sensi dell'articolo 38, d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata all'Ufficio competente unitamente a copia fotostatica, non autenticata, di un documento d'identità del sottoscrittore. Ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali", i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti e, secondo quanto previsto dall'articolo 48 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, saranno utilizzati esclusivamente per gli adempimenti richiesti dal decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73.*