

Ravnatelju Večstopenjske šole v Doberdobu
Al Dirigente Scolastico dell'I.C. in lingua slovena di Doberdò del Lago

SAMOIZJAVA / AUTOCERTIFICAZIONE

(v smislu 3. odstavka, 38. Čl. DPR 445/2000 / *Dichiarazione resa ai sensi del D.P.R. 445/2000 art. 38 comma 3*)

Podpisani/a <i>Il/La sottoscritto/a</i>					
Rojen/a v <i>Nato/a a</i>		Dne Data		Pokr. Prov.	
Kraj biavnja Residente a		CAP		Pokr. Prov.	
Davčna številka Codice fiscale					
Telefon <i>Telefono</i>		Mobitel <i>Cellulare</i>			
E-mail					

starš/*genitore*

skrbnik/*tutore*

Učenca/učenke <i>dell' alunno/a</i>					
Rojen/a v <i>Nato/a a</i>		Dne Data		Pokr. Prov.	
Kraj biavnja Residente a		CAP		Pokr. Prov.	
Davčna številka Codice fiscale					

ki obiskuje/*che frequenta*

<input type="checkbox"/> otroški vrtec <i>scuola dell'infanzia</i>	<input type="checkbox"/> Čriček Pomladni oddelek/Sez.Primavera (Doberdob/Doberdò del Lago) <input type="checkbox"/> Čriček (Doberdob/Doberdò del Lago) <input type="checkbox"/> Čira Čara Pomladni oddelek/Sez.Primavera (Sovodnje ob Soči/Savogna d'Isonzo) <input type="checkbox"/> Čira Čara (Sovodnje ob Soči/Savogna d'Isonzo) <input type="checkbox"/> Barčica (Romjan-Ronke/Vermeigliano-Ronchi dei Legionari)	
<input type="checkbox"/> osnovno šolo <i>sc. primaria</i>	<input type="checkbox"/> P.Voranc (Doberdob/ Doberdò del Lago) <input type="checkbox"/> P. Butkovič Domen (Sovodnje ob Soči/Savogna d'Isonzo) <input type="checkbox"/> L. Šorli (Romjan/Vermeigliano)	razred/ <i>classe</i> _____
<input type="checkbox"/> prvostopenjsko srednjo šolo <i>sc.secondaria di primo grado</i>	<input type="checkbox"/> Prvostopenjska srednja šola v Doberdobu/Scuola Secondaria di 1° gr. di Doberdò del L.	razred/ <i>classe</i> _____

S tem v zvezi, zavedajoč se, da bom v primeru lažnih izjav kaznovan/a v smislu Kazenskega zakonika, kot predpisano v 76.členu DPR 445/2000

A tal fine consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del DPR 445/2000

IZJAVLJAM / DICHIARA

da je moj sin/moja hči cepljen/a
che il/la proprio/a figlio/a è stato/a sottoposto/a alle seguenti vaccinazioni

- proti poliomelitisu /*antipoliomielitica*
- proti davici/ *antidifterica*
- proti tetanusu / *antitetanica*
- proti hepatitisu B / *antiepatite B*
- proti oslovskemu kašlju / *antipertosse*
- proti haemophilusu B / *antiHaemophilusinfluenzae tipo b*
- proti ošpicam / *antimorbillo*
- proti rdečkam / *antirosolia*
- proti vnetju obušesnice / *antiparotite*
- proti noricam / *antivaricella*

- proti meningokoku B / *anti-meningococcica B **
- proti meningokoku C / *anti-meningococcica C **
- proti pnevmokoku / *anti-pneumococcica **
- proti rotavirusu / *anti-rotavirus **

* neobvezna / *non obbligatorie*

da bo moj sin cepljen /moja hči cepljena, kot izhaja iz priložene napotnice, dne/
che il/la proprio figlio/a sarà vaccinato/a come da prenotazione ASL che si allega in fotocopia in data

da je moj sin/moja hči oproščen/a obveznosti za sledeča cepljenja:
che il proprio figlio/a è esonerato dall'obbligo delle seguenti vaccinazioni:

- ker je bolezen že prebolel/a / *perchè ha già contratto la malattia*
 - ker je v posebnem kliničnem stanju / *perchè in particolari condizioni cliniche*
 - Prilagam potrdilo Zdravstvene službe/družinskega zdravnika
Allega attestazione del pediatra / medico di famiglia
- Dr. _____

Podpisani/a se obvezujem, da bom izročil/a dokumentacijo, v skladu s predpisi, ki potrjuje obvezno cepljenje, kot predvideno po obstoječih predpisih.
Il/la sottoscritto/a si impegna, in conformità alle normative vigenti, a consegnare la documentazione comprovante l'effettuazione delle vaccinazioni obbligatorie secondo le disposizioni di legge, come previsto dalla normativa vigente.

S spoštovanjem / *In fede*

Datum/Data _____

(berljiv) podpis / *Firma (leggibile)* _____

Prilagam fotokopijo osebne izkaznice (če je izjava poslana po e- pošti na naslov GOIC81100L@istruzione.it)
Allego fotocopia della carta d'identità (se la dichiarazione viene spedita via e-mail al GOIC81100L@istruzione.it)

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 Legge n° 73 del 7 giugno 2017 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 Legge n° 73 del 7 giugno 2017 e successive modifiche

DATA, _____ FIRMA _____