

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà
(art. 47, d.P.R. n. 445/2000)

انا الموقع ادناه

Il/La sottoscritto/a _____

(الاسم واللقب)

(cognome) (nome)

مولود ب

تاريخ

nato/a a _____ () il _____

(مكان الازدياد)

(luogo)(prov.)

مقيم ب

residente a _____ ()

(مكان الاقامة)

(luogo)(prov.)

in via/piazza _____ n. _____

(العنوان)

(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 n. ____ del _____, sotto la propria responsabilità,

في حالة البيانات الكاذبة والمضللة، فإني على علم بالعقوبات الجزائية المنصوص عليها في المادة 76 لقانون 28 ديسمبر رقم 445 ب وذلك بصفتي الوالي الذي يمارس المسؤولية الأبوية أو الوصاية أو الحضانة، عملاً بأغراض المرسوم بقانون 7 يونيو 2017 ولأغراضه. ، تم تحويلها مع تعديلات بموجب القانون رقم ____ من _____ ، تحت مسؤوليته الخاصة

che _____

(cognome e nome dell'alunno/a) الاسم واللقب

مكان الولادة

nato/a a _____ () il _____

(luogo)(prov.)

ha effettuato le vaccinazioni obbligatorie indicate di seguito¹:

- anti-poliomelitica; تطعيم لمكافحة شلل الاطفال
- anti-difterica; تطعيم لمكافحة الخناق
- anti-tetanica; تطعيم مكافحة الكزاز

¹Da non compilare nel caso sia stata presentata copia del libretto di vaccinazioni vidimato dalla azienda sanitaria locale o il certificato vaccinale o un'attestazione delle vaccinazioni effettuate, rilasciati dall'azienda sanitaria locale.

لا يملأ ان كنتم قدتم مايبثب ذلك كنسخة من دفتر التطعيمات من عند المصلحة الصحية او اي شهادتنتبب هذا التطعيم مقدمة من الجهات المختصة

- تطعيم مكافحة التهاب الكبد ب; anti-epatite B
 - السعال الديكي; anti-pertosse
 - مكافحة النزلة النزفية من نوع ب; anti-Haemophilus influenzae tipo b
 - الحصبة; anti-morbillo
 - مكافحة الحصبة الألمانية; anti-rosolia
 - مكافحة النكاف; anti-parotite
 - مكافحة نقاب الجلد فقط للأطفال المولودين في 2017. (solo per i nati a partire dal 2017). anti-varicella
- تطلب من مقدم الرعاية الصحية المحلية إجراء التطعيمات الإلزامية التي لم يتم تنفيذها
- ha richiesto all'azienda sanitaria locale di effettuare le vaccinazioni obbligatorie non attuate.**

(apporte una crocetta sulle caselle interessate)

(ضع علامة زائد على المربعات المعنية)

(المكان والتاريخ)

Il/la sottoscritto/a – nel caso in cui non abbia già provveduto – si impegna a consegnare, **entro il 10 marzo 2018**, la documentazione comprovante quanto dichiarato.

ويتعهد الموقعون أدناه - إن لم يكن قد قاموا بذلك - بتقديم وثائق تثبت ما يلي في موعد أقصاه 10 مارس 2018

(luogo, data)

امضاء المصرح

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 di identità del sottoscrittore. الوثيقة ممضية ومختومة بحضور الموظف المسؤول ترسل نسخة منها الى المكاتب التي يخصها الامر

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. المعطيات والاسماء وكل المعلومات الشخصية هي محمية بقانون الخصوصية. ولا تستعمل الا بما يسمح به القانون 7 الصادر ب7 يونيو 2017

