

## ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "G. GARIBALDI"

Direzione - Plesso "Principessa di Piemonte" - Via E. Fieramosca, 110 - 70123 BARI - Tel. 0805749123 - Fax 0805741054  
Plesso "G. Garibaldi" - P.za Risorgimento, 1 - 70123 BARI - Tel. 0805231106  
Plesso "R. Moro" - Via P. Ravanas, 1 - 70123 BARI - Tel. 0805793861  
Scuola Secondaria di I grado "G. Pascoli" - Via N. Pizzoli, 58 - 70123 BARI - Tel. 0805214555  
Cod. Mecc. BAIC81500D - C.F. 93402600725 - Cod. Univoco UFGNPB  
peo: baic81500d@istruzione.it - pec: baic81500d@pec.istruzione.it - Sito: www.icgaribaldibari.gov.it

Circ. Int. n. 1

Bari, 4 settembre 2017

Alle Famiglie degli/le Alunni/e

A Tutto il Personale

Al Sito *web*

Oggetto: **Indicazioni operative alle famiglie ed al personale scolastico per l'applicazione del D.L. 7 giugno 2017, n. 73, conv. con modif. dalla L. 31 luglio 2017, n. 119, in materia di prevenzione vaccinale.**

### IL DIRIGENTE SCOLASTICO

- VISTO il D.L. 7 giugno 2017, n. 73 recante *"Disposizioni urgenti in materia vaccinale"*;
- VISTA la L. 31 luglio 2017, n. 119, recante *"Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale, di malattie infettive e di controversie relative alla somministrazione di farmaci"*;
- VISTA la Nota del Ministero della Salute Prot. n. 25146 del 14/08/2017;
- VISTA la Nota del Ministero della Salute Prot. n. 25233 del 16/08/2017;
- VISTA la Nota MIUR AOODPIT Prot. n. 1622 del 16 agosto 2017 *"Indicazioni operative alle scuole su prevenzione vaccinale"*;
- VISTA la Nota U.S.R. Puglia Prot. n. 20694 del 18 agosto 2017;
- VISTA la Nota MIUR AOODPIT Prot. n. 1679 del 1 settembre 2017 *"Integrazione delle circolari n. 25233/2017 del Ministero della salute e n. 1622/2017 del MIUR"*;
- VISTA la Nota U.S.R. Puglia Prot. n. 22037 del 1 settembre 2017 *"Misure organizzative regionali"*;

### COMUNICA

agli esercenti la responsabilità genitoriale, nonché al personale scolastico interessato, che la L. 31 luglio 2017, n. 119 recante disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale, entrata in vigore il 6 agosto 2017, ha prescritto le seguenti vaccinazioni per i minori di età compresa tra **0 – 16 anni**.

Le vaccinazioni **OBBLIGATORIE** sono **n. 10**, quale condizione imprescindibile per l'iscrizione alla scuola dell'Infanzia, soggette a sanzioni pecuniarie per i genitori e/o tutori in caso di inadempienza, di cui:

– **N. 6** vaccinazioni obbligatorie in via permanente, somministrate in un'unica soluzione (vaccinazione esavalente) o in singole dosi secondo necessità:

- Antipoliomielitica;

- Antidifterica;
  - Antitetanica;
  - Antiepatite B;
  - Antipertosse;
  - Antihaemophilus influenzae tipo b.
- N. 4 vaccinazioni obbligatorie sino a successiva valutazione, dopo una verifica triennale, somministrate in un'unica soluzione (vaccinazione quadrivalente) o in singole dosi secondo necessità
- Antimorbillo;
  - Antirosolia;
  - Antiparotite;
  - Antivaricella.

Altre N. 4 vaccinazioni sono **RACCOMANDATE** ed offerte gratuitamente dalle Regioni:

- Anti-meningococcica B
- Anti-meningococcica C\*
- Anti-pneumococcica \*
- Anti-rotavirus

\*(Gratuite per i nati dal 2012 al 2016; tutte gratuite per i nati nel 2017).

Sono **ESONERATI** dall'obbligo i bambini immunizzati per effetto della malattia naturale, per averla già contratta, o quelli che si trovano in specifiche condizioni cliniche. In questo caso, la vaccinazione può essere posticipata. Tali condizioni devono essere attestate dal pediatra di libera scelta o dal medico di medicina generale.

#### **DOCUMENTAZIONE RELATIVA ALLA SITUAZIONE VACCINALE**

Gli esercenti la responsabilità genitoriale dei minori da 0 a 16 anni dovranno presentare:

- a) **idonea documentazione comprovante l'effettuazione delle vaccinazioni obbligatorie** per legge in base all'età: copia del libretto delle vaccinazioni vidimato\* dal competente servizio della ASL oppure certificato vaccinale rilasciato dal competente servizio della ASL oppure attestazione ugualmente rilasciata dal competente servizio della ASL che indichi se il minore sia in regola con le vaccinazioni obbligatorie previste per l'età;

*\*(Per "copia del libretto delle vaccinazioni vidimato" si intende la copia del libretto vaccinale originale, rilasciato dalla azienda sanitaria competente e compilato al momento dell'effettuazione della singola vaccinazione).*

ovvero

- b) **idonea documentazione comprovante l'avvenuta immunizzazione a seguito di malattia naturale:** copia della notifica di malattia infettiva effettuata alla ASL dal medico curante, come previsto dal decreto ministeriale 15 dicembre 1990, oppure attestazione di avvenuta immunizzazione a seguito di malattia naturale rilasciata dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta del SSN, anche a seguito dell'effettuazione di un'analisi sierologica che dimostri la presenza di anticorpi protettivi o la pregressa malattia;

ovvero

- c) **idonea documentazione comprovante l'omissione o il differimento:** attestazione del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta del SSN, sulla base di idonea documentazione e in coerenza con le indicazioni fornite dal Ministero della Salute e dall'Istituto Superiore di Sanità nella Guida alle controindicazioni alle vaccinazioni, disponibile al seguente link: [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1947\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1947_allegato.pdf);

ovvero

- d) **copia della formale richiesta di vaccinazione alla ASL territorialmente competente** (con

riguardo alle vaccinazioni obbligatorie non ancora effettuate), secondo le modalità indicate dalla stessa ASL per la prenotazione.

### **TEMPISTICA E DISPOSIZIONI PER ORDINE DI SCUOLA**

Le famiglie dovranno produrre, in busta chiusa nel rispetto della disciplina sulla *privacy*, presso l'Ufficio di Segreteria – Area Alunni di codesta Istituzione scolastica quanto innanzi riportato, secondo il seguente scadenziario:

- **11 settembre 2017** (fascia 0 – 6 anni);
- **31 ottobre 2017** (fascia 6 – 16 anni e fino al 365° giorno).

**In alternativa**, le famiglie potranno presentare, con le stesse modalità, dichiarazione sostitutiva della documentazione ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, da compilare utilizzando l'**Allegato n. 1**, con l'obbligo di consegnare entro il successivo **10 marzo 2018** documentazione comprovante.

Si segnala, altresì, che, giusta Nota USR Puglia Prot. n. 22037 del 01/09/2017, è in via di definizione un accordo tra Ufficio Scolastico Regionale per la Puglia, Regione Puglia e ANCI ai fini della migrazione dei dati anagrafici relativi ai minori dalle scuole alle ASL, per l'attivazione, da parte di queste ultime, degli adempimenti di regolarizzazione previsti dalla legge.

Al fine, inoltre, di agevolare il reperimento dei dati relativi alla situazione vaccinale, la Regione Puglia – Dipartimento della salute, del benessere sociale e dello sport per tutti, con lettera Prot. n. 005\_000326 del 31.08.2017, comunica di aver sottoscritto un accordo con le **farmacie pugliesi** in forza del quale gli esercenti la responsabilità genitoriale (previo accertamento dell'identità del richiedente ed esibizione della tessera sanitaria) potranno chiedere il rilascio di attestazione di regolarità nei confronti degli obblighi vaccinali dei **minori della fascia 0 – 6 anni**.

### **OBBLIGHI PER GLI OPERATORI SCOLASTICI**

La normativa dispone altresì che, entro il **16 novembre 2017** gli operatori scolastici dovranno presentare all'Istituzione Scolastica presso cui prestano servizio dichiarazione sostitutiva ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, comprovante la propria situazione vaccinale, da compilare utilizzando l'**Allegato n. 2**.

Al fine di informare gli interessati in merito all'applicazione dei nuovi obblighi vaccinali, il Ministero della Salute ha messo a disposizione il



e un'area dedicata sul sito istituzionale all'indirizzo

<http://www.salute.gov.it/portale/vaccinazioni/homeVaccinazioni.jsp>

L'istituzione scolastica è autorizzata a trattare esclusivamente i dati personali, anche sensibili, relativi all'adempimento, differimento, esonero o omissione dell'obbligo vaccinale che siano indicati nella documentazione richiamata nella presente nota.

Si confida nella fattiva collaborazione ai fini del corretto adempimento di quanto precede.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Prof.ssa Maria Gerolama SALVEMINI  
*Maria Gerolama Salvemini*

**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 \_\_\_\_\_ ( )  
(luogo)(prov.)  
in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
(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,

**DICHIARA**

che \_\_\_\_\_  
(cognome e nome dell'alunno/a)  
nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_  
(luogo)(prov.)

**ha effettuato le vaccinazioni obbligatorie indicate di seguito<sup>1</sup>:**

- anti-poliomelitica;
- anti-difterica;
- anti-tetanica;
- anti-epatite B;
- anti-pertosse;
- anti-*Haemophilus influenzae* tipo b;
- anti-morbillo;
- anti-rosolia;
- anti-parotite;
- anti-varicella (solo per i nati a partire dal 2017).

<sup>1</sup> Da 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.

**ha richiesto all'azienda sanitaria locale di effettuare le vaccinazioni obbligatorie non attuate.**

*(apporre una crocetta sulle caselle interessate)*

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.

\_\_\_\_\_  
*(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 di 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.*

**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 \_\_\_\_\_ ( )  
 (luogo)(prov.)  
 in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 (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

operatore scolastico in servizio presso \_\_\_\_\_  
 (istituto scolastico)

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,

**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 |

\_\_\_\_\_  
 (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 di 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.*