

**Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà**

**(art. 47 D.P.R. n. 445/2000)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

*(cognome e nome)*

Nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

*(luogo e provincia)*

Residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

*(luogo e provincia)*

In via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

*(indirizzo)*

Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal D.P.R. 445/2000 è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (Art. 76 D.P.R. 445/2000) e del fatto che la Pubblica Amministrazione, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000, effettuerà controlli, anche a campione, sulle dichiarazioni prodotte,

in qualità di candidato al ruolo di commissario mensa per *(indicare la denominazione dell'Istituto Comprensivo o della Segreteria d'Ambito Territoriale per il quale/la quale è stata presentata la candidatura)*

---

**DICHIARA**

Di aver effettuato le seguenti vaccinazioni *(barrare la casella corrispondente alla propria situazione vaccinale)*:

- Anti – poliomielitica
- Anti – difterica
- Anti – tetanica
- Anti – epatite B
- Anti – pertosse
- Anti – morbillo
- Anti – rosolia
- Anti – varicella
- Anti – parotite

- Anti - haemophilus influenzae tipo B

Spazio per eventuali note:

---

---

---

---

---

Luogo e data \_\_\_\_\_

Il/La dichiarante

Allegare copia del documento d'identità in corso di validità