



## A.S.S.O.- AZIENDA SPECIALE SERVIZI OSIMO

Via C. Colombo, 128 - 60027 OSIMO - tel. 071/7134102 - fax 071-7235325 – c.f. e p.i. 02208740429  
[www.asso-osimo.it](http://www.asso-osimo.it) e-mail: [info@asso-osimo.it](mailto:info@asso-osimo.it)

Prot. 634/17

Osimo, li 29/08/2017

**Gentili genitori**  
dei bambini frequentanti  
Nidi d'Infanzia  
Arca dei Bimbi  
Collefiorito  
Oasi dei Bimbi  
Peter Pan

p.c. Personale educativo  
c/o i nidi

OGGETTO: Circolare informativa - vaccinazioni obbligatorie.

A seguito dell'emanazione del Decreto Legge n.73 del 7 giugno 2017 convertito con modificazioni dalla Legge n.119 del 31/07/2017, l'effettuazione delle vaccinazioni obbligatorie costituisce **requisito per l'ammissione** al Nido d'Infanzia.

In considerazione di quanto sopra Vi preghiamo di consegnare, **entro il 10/09/2017**, al personale educativo :

- a) Idonea documentazione comprovante **l'effettuazione delle vaccinazioni** (copia del libretto delle vaccinazioni vidimato dal competente servizio della ASL ovvero il certificato vaccinale, o attestazione datata rilasciata dal competente servizio della ASL, che indichi se il soggetto sia in regola con le vaccinazioni obbligatorie prescritte per l'età),
- b) Idonea documentazione comprovante **l'omissione o il differimento della somministrazione del vaccino** (attestazione del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta),
- c) Idonea documentazione comprovante **l'esonero per intervenuta immunizzazione per malattia naturale** (copia della notifica di malattia infettiva effettuata alla ASL dal medico curante, ovvero attestazione di avvenuta immunizzazione a seguito di malattia naturale rilasciata dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta),
- d) Presentazione di **formale richiesta di vaccinazione** alla ASL territorialmente competente, secondo le modalità consentite dalla stessa ASL per la prenotazione.

Per la presentazione della suddetta documentazione potete utilizzare **l'allegato 1**, (corredato da copia di un documento d'identità), per comodità vi forniamo nell'**allegato 2** la tabella per il controllo dell'adempimento delle vaccinazioni obbligatorie.

Ringraziando per la cortese collaborazione, si inviano distinti saluti.

Il Direttore  
Franco Napolucci

Allegato 1

**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 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 31 luglio 2017, n. 119, 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 (1):

- anti-poliomielitica;
- 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).

è esonerato da uno o più obblighi vaccinali per avvenuta immunizzazione (come da attestazione allegata);

ha omissso o differito una o più vaccinazioni (come da attestazione allegata);

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

(apporre una croce sulle caselle di interesse)

Il/La sottoscritto/a – nel caso in cui non abbia già provveduto – si impegna a consegnare, entro il **10 marzo 2018**, copia del libretto delle vaccinazioni vidimato dalla azienda sanitaria locale o il certificato vaccinale o un'attestazione delle vaccinazioni effettuate, rilasciati dall'azienda sanitaria locale.

\_\_\_\_\_  
(luogo, data)

**Il Dichiarante**

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

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.

## Allegato 2

### Tablelle per controllo adempimento obbligo vaccinale 10/09/2017 (a.s. 2017-2018)

La seguente tabella è di ausilio per il controllo dell'adempimento delle vaccinazioni obbligatorie dei minori come previsto dal decreto-legge n. 73 del 7 giugno 2017, convertito con modificazioni dalla legge 31 luglio 2017, n. 119.

#### Come usare la tabella:

L'età del soggetto è calcolata alla data del 10 settembre 2017, presa come riferimento per l'inizio dell'anno scolastico 2017-2018. In ogni riga c'è il numero delle dosi che il minore deve avere ricevuto per l'adempimento dell'obbligo vaccinale.

I minori che, nel rigo corrispondente alla propria età, al 10 settembre 2017 hanno un numero dosi inferiori a quello indicato, sono inadempienti.

ETÀ al 10 settembre 2017 *	POLIO	DIFTERITE	TETANO	PERTOSSE	EPATITE	EMOFILO	MORBILLO	PAROTITE	ROSOLIA	VARICELLA <sup>§</sup>
Da 0 a 6 mesi	1	1	1	1	1	1				
Dal compimento dei 6 mesi a 11 mesi	1	1	1	1	1	1				
Dal compimento dei 12 mesi a 17 mesi	2	2	2	2	2	2*				
Dal compimento dei 18 mesi a 6 anni	3	3	3	3	3	3*	1	1	1	
Dal compimento dei 7 anni al 15 anni	4	4	4	4	3	3*	2	2	2	
Dai 16 anni fino al compimento dei 17	5 <sup>oo</sup>	5 <sup>oo</sup>	5 <sup>oo</sup>	5 <sup>oo</sup>	3	3*	2	2	2	

<sup>o</sup> A titolo esemplificativo "Dal compimento dei 6 mesi a 11 mesi" vuole indicare dal giorno in cui si compiono 6 mesi, fino al giorno precedente il compimento dei 12 mesi di vita.

<sup>§</sup> La varicella è obbligatoria per i nati nel 2017. Poiché essa va fatta dopo il 12° mese di età, l'obbligo scatterà nel 2018 per i nati nel 2017

\* È sufficiente 1 sola dose di emofilo b nel caso in cui la 1° dose sia stata somministrata dopo il compimento del primo anno di vita.

<sup>oo</sup> 4 sono sufficienti per l'adempimento se non sono passati 9 anni dalla dose di richiamo prevista in età pre-scolare (5-6 anni).

#### Avvertenza

La tabella è fornita a puro scopo indicativo; in particolari condizioni (ad esempio, non corretto intervallo tra le dosi o ciclo primario di anti-polio-difterite-tetano-pertosse-epatite B effettuato dopo i 5 anni), il numero delle dosi necessario all'adempienza dell'obbligo potrebbe essere diverso. Per queste situazioni rivolgersi alla propria ASL per una valutazione dello stato immunitario del minore.

#### Raccomandazione per le altre vaccinazioni

Si raccomanda, comunque, che tutti i soggetti, in base alla loro età, siano immunizzati per tutte le altre vaccinazioni gratuite previste dal calendario vaccinale. Anche se non sono obbligatorie, esse sono altrettanto importanti: anti-rotavirus, anti-meningococco B, meningococco C, anti-pneumococco, anti HPV, anti meningococco ACWY. Per maggiori informazioni rivolgersi al servizio vaccinale, al proprio Pediatra di Libera Scelta o Medico di Medicina Generale e rispondere a ogni invito alla vaccinazione della propria ASL.