

AUTOCERTIFICAZIONE PER TRATTAMENTO PEDICULOSI

Il/la sottoscritto/a
genitore dell' alunno/a frequentante la scuola
infanzia/ primaria/ secondaria 1° grado - plesso classe/sez.
consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al
vero

DICHIARA

- di aver sottoposto il figlio/a al trattamento contro la pediculosi in data

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di aver provveduto ad asportare tutte le lendini dai capelli, fino a completa bonifica.

Quanto sopra, per consentire l'inserimento del proprio figlio/a nella comunità scolastica

- di essere al corrente dell'opportunità di ripetere il trattamento a distanza di una settimana.

Data Firma del genitore

Il presente modello compilato e firmato è da consegnare all'insegnante di classe per la riammissione a Scuola dopo l'avvenuto trattamento.

I dati richiesti avranno carattere di riservatezza prevista dal D.L.vo 30.06.2003 n. 196 e succ. .