

AUTOCERTIFICAZIONE DI AVVENUTO TRATTAMENTO PER PEDICULOSI
In base al DPR 445/2000

AI DIRIGENTE SCOLASTICO

Istituto Comprensivo

.....

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

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di essere al corrente dell'opportunità di ripetere il trattamento
a distanza di una settimana

Data

Firma del genitore

.....