

AUTOCERTIFICAZIONE TRATTAMENTO PEDICULOSI

AI DIRIGENTE SCOLASTICO  
Istituto Comprensivo  
I.C. VIA CRIVELLI di ROMA

Il/la sottoscritto/a .....genitore dell'alunno/a  
..... frequentante la  
scuola 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.*