

**AUTOCERTIFICAZIONE DI AVVENUTO TRATTAMENTO PEDICULOSI**

**Da presentare a Scuola**

AL DIRIGENTE DELL'ISTITUTO SCOLASTICO STATALE COMPRENSIVO

"B.LORENZI"- FUMANE

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Genitore di \_\_\_\_\_

Frequentante nel corrente anno scolastico la classe/sezione \_\_\_\_\_ della Scuola

Infanzia     Primaria     Secondaria di 1° grado                      del Plesso di

FUMANE     BREONIO     SANT'ANNA     MARANO     VALGATARA

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 di autocertificazione

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.