

AUTOCERTIFICAZIONE TRATTAMENTO PEDICULOSI

AI DIRIGENTE SCOLASTICO  
Istituto Comprensivo  
"F. Muttoni" di Sarego

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.*