AUTOCERTIFICAZIONE TRATTAMENTO PEDICULOSI

Al DIRIGENTE SCOLASTICO

Istituto Comprensivo

“F. Muttoni” di Sarego e Brendola

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

dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

frequentante la scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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.*