

AUTOCERTIFICAZIONE PEDICULOSI

AI DIRIGENTE SCOLASTICO

Dell' Istituto Comprensivo "M. Montessori"  
di Alcamo

Il/la sottoscritto/a..... genitore dell'alunno/a  
..... frequentante la  
Classe ..... sez. .... plesso .....

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 aver provveduto ad asportare tutte le lendini dai capelli, fino a completa bonifica
- di essere al corrente dell'opportunità di ripetere il trattamento a distanza di una settimana.
- di non aver effettuato il trattamento specifico per la pediculosi al proprio figlio/a in quanto, dopo aver controllato la testa, non sono stati riscontrati né lendini né pidocchi.

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.*