

●

AUTOCERTIFICAZIONE TRATTAMENTO PEDICULOSI

Al Dirigente Scolastico
Dott.ssa Giovanna D'Ettore

Io sottoscritt... padre/madre/tutore (sottolineare la voce corrispondente)

Nome.....

Cognome.....

Data e luogo di nascita.....

dell'alunn...

Nome.....

Cognome.....

Data e luogo di nascita.....

consapevole delle responsabilità a cui vado incontro in caso di dichiarazioni non corrispondenti al vero,

DICHIARO CHE

in

data.....

l'alunn..... è stato sottoposto al seguente trattamento per l'eliminazione dei pidocchi:

.....
.....
.....

Data.....

Firma di autocertificazione

.....