AUTOCERTIFICAZIONE TRATTAMENTO ANTIPEDICULOSI

(in alternativa al certificato medico)

Al Dirigente Scolastico

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

.....