

**AUTOCERTIFICAZIONE TRATTAMENTO ANTIPARASSITOSI INTESTINALE**  
**(in alternativa al certificato medico)**

**All. 2**

**Al Dirigente Scolastico  
dell'ISC Balilla Paganelli  
di Cinisello Balsamo  
dott. Luigi Leo**

Io sottoscritt\_\_ Nome\_\_\_\_\_ Cognome\_\_\_\_\_

Nat\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov (\_\_\_)

padre/madre/tutore (cancellare la voce corrispondente)

dell'alunn\_\_ Nome\_\_\_\_\_ Cognome\_\_\_\_\_

Nat\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov (\_\_\_)

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

in data \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_

l'alunna\_\_ è stato sottoposto al seguente trattamento per l'eliminazione dei parassiti intestinali:

---

---

---

Data \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_

Firma di autocertificazione

---