

AUTOCERTIFICAZIONE TRATTAMENTO ANTIPEDICULOSI
(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 pidocchi:

Data __/__/_____

Firma di autocertificazione
