AUTOCERTIFICAZIONE

Il/La sottoscritto/a_____

genitore dell'alunno/a_____

frequentante la sez._____

essendo stato informato della presenza di casi di pediculosi,

DICHIARA, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA':

(barrare la voce interessata)

- ☐ di aver sottoposto il figlio/a al trattamento contro la pediculosi in data_____ e di impegnarsi a ripeterlo a distanza di 7 giorni. Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di aver provveduto ad asportare tutte le lendini dai capelli, fino a completa bonifica. Quanto sopra, per consentire l'inserimento del proprio figlio/a nella comunità scolastica.

- ☐ 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 nè lendini nè pidocchi.

Data_____ Firma del genitore_____

ATTENZIONE:

Si fa presente che questa dichiarazione, è OBBLIGATORIA per la riammissione a scuola.