

# AUTOCERTIFICAZIONE TRATTAMENTO PEDICULOSI

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Istituto Comprensivo

"A. Manzoni"

di Lavena Ponte Tresa

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_

frequentante la \_\_\_\_\_

(scuola infanzia/ primaria/ secondaria 1° grado)

classe/sez. \_\_\_\_\_, consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero

## DICHIARA

- di aver sottoposto il figlio/a al trattamento contro la pediculosi in data \_\_\_\_\_ ;
- 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 essere al corrente dell'opportunità di ripetere il trattamento a distanza di una settimana.

Data \_\_\_\_\_

Firma del genitore

\_\_\_\_\_

*Il presente modello compilato e firmato è da consegnare all'insegnante di classe per la riammissione a Scuola dopo l'avvenuto trattamento.*

*I dati richiesti avranno carattere di riservatezza prevista dal D.L.vo 30.06.2003 n. 196 e succ.*