AUTOCERTIFICAZIONE TRATTAMENTO PEDICULOSI

Al DIRIGENTE SCOLASTICO

I.C. POPPEA SABINA ROMA

Il/la sottoscritto/a.....genitore dell'alunno/a

…….. frequentante la

scuola infanzia/ primaria/ secondaria 1° grado - plesso ……..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 …….
- 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 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.