

AUTOCERTIFICAZIONE PER LA RIAMMISSIONE A SCUOLA

Fax 0776.938135

OGGETTO: PEDICULOSI: AUTOCERTIFICAZIONE PER LA RIAMMISSIONE A SCUOLA

Il/La sottoscritto/a _____, in qualità di genitore/tutore dell'alunna/o _____, frequentante la classe _____ sezione _____ della Scuola Infanzia Primaria Secondaria di 1° grado, consapevole delle responsabilità cui vado incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero, dichiaro che alle ore _____ del giorno _____ l'alunna/o è stata/o sottoposto al seguente trattamento per l'eliminazione della pediculosi: _____

Ovvero dichiaro che l'alunno non è stato sottoposto al trattamento in quanto esente dalla presenza di parassiti.

Esperia, _____

FIRMA DEL GENITORE/TUTORE

Riservato al Dirigente Scolastico

VISTA la richiesta,

Si autorizza

NON si autorizza, in quanto _____

Esperia, _____

**Il Dirigente Scolastico
Maria Parisina Giuliano**
