

AUTOCERTIFICAZIONE DI AVVENUTO TRATTAMENTO ANTIPEDICULOSI
da presentare alla Scuola

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO
DI VILLANOVA D'ASTI

I sottoscritti _____

genitori dell'alunno/a _____

frequentante nel corrente anno scolastico la classe/sezione _____ della Scuola

dell'infanzia

Primaria

Secondaria di 1° Grado

plesso scolastico di _____

consapevole delle responsabilità cui vado incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero,

dichiaro

che mio/a figlio/a è stato/a sottoposto/a al trattamento antipediculosi con asportazione di tutte le lendini.

Per il trattamento è stato utilizzato, in data _____ il seguente
farmaco: _____

Sono al corrente dell'opportunità di ripetere il trattamento a distanza di una settimana.

Data _____

Firma di autocertificazione _____