

Autocertificazione per la riammissione scolastica

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRENSIVO "N. STRAMPELLI"
CASTELRAIMONDO

Il/La sottoscritto/a _____
(cognome e nome)

in qualità di padre madre tutore o legale affidatario

dell'alunno/a _____
(cognome e nome)

consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero, dichiara:

che in data _____ ha sottoposto il proprio figlio/a al seguente trattamento
_____ per l'eliminazione dei pidocchi.

che in data ha _____ ha controllato direttamente i capelli del proprio/a figlio/a e non risulta affetto da pediculosi.

si allega il certificato medico che ha effettuato il controllo.

Data _____

In fede _____