

AUTOCERTIFICAZIONE

Il/la sottoscritt___ genitore dell'alunn_____

frequentante la classe/sezione_____della scuola_____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

- ☐ di aver effettuato il trattamento specifico per la pediculosi al proprio figlio/a e di aver asportato tutte le lendini.
- ☐ di non aver effettuato il trattamento specifico per la pediculosi al proprio figlio/a in quanto, dopo aver controllato la testa, non sono stati riscontrati né lendini né pidocchi.

(barrare la voce interessata)

Data_____

Firma del genitore_____

ATTENZIONE:

Si fa presente che questa dichiarazione, concordata con U.O. di Igiene Pubblica dell'Asl 11 Empoli, è necessaria per la riammissione a scuola