

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 nessun 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 le voci interessate)

Data _____

Firma del genitore _____

ATTENZIONE:

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