

## AUTOCERTIFICAZIONE TRATTAMENTO PEDICULOSI

Al Dirigente Scolastico  
D.D. Statale "I Circolo"  
Termini Imerese

Il/la sottoscritto/a ..... genitore dell'alunno/a.....  
frequentante la:

Scuola dell'Infanzia                      plesso.....Sez.....

Scuola Primaria                      plesso.....Classe.....Sez.....

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

### DICHIARA

- di aver sottoposto il/la figlio/a al trattamento contro la pediculosi.
- Quanto sopra, per consentire l'inserimento del/della proprio/a figlio/a nella comunità scolastica.

Data .....

Firma del genitore

.....

*Il presente modello compilato e firmato è da consegnare all'insegnante di classe per la riammissione a Scuola dopol'avvenuto trattamento.*

*I dati richiesti avranno carattere di riservatezza prevista dal D.L.vo 30.06.2003 n. 196 e successive modifiche.*