

Autocertificazione per la riammissione scolastica

Al Dirigente Scolastico della Direzione Didattica

I Circolo Termini Imerese

IL/La sottoscritto/a padre/ madre/ tutore (sottolineare la voce corrispondente) _____

Nome _____ Cognome _____

dell'alunno/a Nome _____ Cognome _____ data di nascita _____

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

, dichiaro che in data _____ l' alunno è stato sottoposto al trattamento antiparassitario

(pediculosi): _____

Data _____

Firma di autocertificazione
