

Al Dirigente Scolastico I.C. via Poseidone

Allegato A

Io sottoscritto/a Nome _____ Cognome _____

Data _____ e luogo di nascita _____

Genitore dell'alunno/a Nome _____ Cognome _____

Data e luogo di nascita _____

Frequentante il plesso scolasticosezione/classe.....

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

DICHIARO

che in datal' alunn _ è stato sottoposto al seguente trattamento per l'eliminazione dei pidocchi: _____

Ovvero dichiaro che l'alunno non è stato sottoposto al trattamento in quanto esente dalla presenza di parassiti.

Data _____

Firma di autocertificazione _____