**AUTOCERTIFICAZIONE TRATTAMENTO PEDICULOSI**

Al Dirigente Scolastico

IIS CARLO URBANI

Roma

Il/la sottoscritto/a ............................................................................................ genitore dell’alunno/a …………………………………………................................................................................. frequentante la classe/sez. …………………………... consapevole delle responsabilità civili e penali in caso di dichiarazione non corrispondente al vero

DICHIARA

* di aver sottoposto il/la figlio/a al trattamento sanitario contro la pediculosi in data ……………………. ;
* di aver provveduto ad asportare tutte le lendini dai capelli fino a completa bonifica;
* di aver adempiuto a tutte le indicazioni prescritte dal medico di famiglia nel certificato che attesta l’inizio del trattamento sanitario;
* di essere consapevole che quanto sopra dichiarato è obbligatorio al fine della riammissione del/la proprio/a figlio/a nella comunità scolastica.

Firma ………………………………………………………..

Roma, lì …………………………………