



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA  
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE SCUOLA PRIMARIA E SECONDARIA DI 1° GRADO  
"E. DONADONI" DI SARNICO  
Via P.A. Faccanoni, 11 – 24067 SARNICO (BG)  
Tel. 035/910446 - Fax. 035/914789 - Cod. mecc. BGIC87300E - Cod. fisc. 95118390160  
E-mail: bgic87300e@istruzione.it - E-mail PEC: bgic87300e@pec.istruzione.it  
Sito Internet: [www.donadonisarnico.gov.it](http://www.donadonisarnico.gov.it)

Oggetto: Segnalazione di casi di pediculosi

Alle famiglie  
Ai docenti  
PRIMARIA- Adrara S.Rocco

Vi informo che nelle classi della primaria del plesso di Credaro sono stati segnalati casi accertati e/o sospetti di pediculosi.

Vi invito pertanto a controllare in modo accurato i capelli del bambino/a e, nel caso risultasse positivo, tutti i componenti della famiglia, a contattare il Vostro Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale per l'accertamento o l'esclusione della diagnosi.

Nel caso in cui Vs. figlio/a risultasse affetto/a da pediculosi, è necessario che:

1. il Pediatra/Medico Curante accerti la diagnosi per la segnalazione alla ASL;
2. il bambino sia sottoposto a trattamento secondo le indicazioni del Pediatra;
3. tutti i componenti della famiglia siano sottoposti ad accurato controllo e, nel caso di presenza di lendini o pidocchi, effettuino il trattamento; ad eventuali compagni di letto si consiglia il trattamento anche se negativi al controllo;
4. siano informati i genitori dei bambini che hanno avuto contatti recenti con il proprio figlio;
5. tutti gli effetti personali siano trattati idoneamente;
6. si consulti il proprio Pediatra/Medico per individuare il prodotto più idoneo in caso di recidive.

E' bene sapere che se il/la vostro bambino/a, è affetto da pediculosi, potrà frequentare la scuola solo dopo aver eseguito il trattamento, come da Delibera Regionale 30 settembre 2004 – N.7/18853 "Sorveglianza, notifica, controllo delle malattie infettive: revisione e riordino degli interventi di prevenzione in Regione Lombardia".

*In allegato, il modulo di autocertificazione dell'avvenuto trattamento.*

Gli operatori referenti per la Profilassi delle malattie infettive del Servizio d'Igiene sono disponibili per informazioni e consulenze.

Confidando nella Vs. collaborazione, Vi ringrazio e porgo cordiali saluti.

La Dirigente Scolastica  
Nicoletta Vitali

*Autocertificazione per l'avvenuto trattamento anti-pediculosi*

Al Dirigente Scolastico dell' Istituto Comprensivo E. Donadoni-Sarnico

Io sottoscritt\_ padre/ madre/ tutore (sottolineare la voce corrispondente)

Nome

---

Cognome

---

Data di nascita

---

dell'alunn\_

Nome

---

Cognome

---

Data di nascita\_

---

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

dichiaro che in data \_\_\_\_\_

l' alunno\_ 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 \_\_\_\_\_