



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE
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.icdonadonisarnico.edu.it

Oggetto: Segnalazione di casi di pediculosi – primaria Credaro

Alle famiglie
Ai docenti
Ai collaboratori scolastici
Primaria Credaro

Vi informo che nelle classi della scuola primaria 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

(Documento firmato digitalmente ai sensi del c.d.
Codice Amministrazione Digitale e normativa connessa)

Firmato digitalmente da VITALI NICOLETTA

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 _____

Firmato digitalmente da VITALI NICOLETTA