

**MODULO DI AUTOCERTIFICAZIONE PER RIAMMISSIONE DOPO
L'ALLONTANAMENTO PER PEDICULOSI**

ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA
I.C. "A. FOGAZZARO" DI TRISSINO

Il/La sottoscritto/a _____

residente a _____ indirizzo _____

genitore dell'alunno/a _____ frequentante la Scuola

☐ Infanzia S. Benedetto ☐ Infanzia Selva ☐ Primaria ☐ Secondaria di I grado classe/sezione _____

allontanato per motivi sanitari dalla collettività in data _____

DICHIARA, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

di aver eseguito al proprio figlio/a l'adeguato trattamento antipediculosi in data _____

con il seguente prodotto/farmaco _____ e con asportazione di tutte le
lendini.

Sono al corrente dell'opportunità di ripetere il trattamento a distanza di una settimana.

Pertanto il bambino/alunno può frequentare la collettività a partire dalla data odierna.

Data _____

Firma di autocertificazione _____