

Io sottoscritt\_

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

padre/ madre/ tutore (sottolineare la voce corrispondente) dell'alunn\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

Frequentante la classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_ della Scuola

Infanzia S. Lucia       Infanzia S. Lorenzo       Primaria       Secondaria I°

consapevole delle responsabilità cui vado incontro in caso di dichiarazione

non corrispondente al vero,

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

l'alunn\_ è stato sottoposto al seguente trattamento contro la pediculosi:

\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_

che sono assenti pidocchi e lendini.

Data \_\_\_\_\_

Firma di autocertificazione \_\_\_\_\_