

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 _____