

Modello autocertificazione trattamento pediculosi

Il/la sottoscritto/a _____ genitore dell'alunno/a _____

frequentante la classe _____ sez. _____ Plesso _____

dichiara, sotto la propria responsabilità, di aver sottoposto il/la proprio/a figlio/a al trattamento contro la pediculosi in data _____ e di impegnarsi a ripeterlo a distanza di 7 giorni.

Data _____

Firma
