

**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

---