

Autocertificazione per la riammissione scolastica

Al Dirigente Scolastico _____

Io sottoscritto/a padre/ madre/ tutore (sottolineare la voce corrispondente)

Nome _____

Cognome _____

Data di nascita _____

DELL'ALUNNO

Nome _____

Cognome _____

Data di nascita _____

Consapevole delle responsabilità cui vado incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero:

dichiaro che in data _____ l'alunno/a è stato sottoposto al trattamento per l'eliminazione dei pidocchi e alla rimozione delle lendini.

dichiaro che l'alunno non è stato sottoposto al trattamento in quanto esente dalla presenza di parassiti.

Data _____

Firma di autocertificazione _____