

AUTOCERTIFICAZIONE DI AVVENUTO TRATTAMENTO IN CASO DI PEDICULOSI
PER LA RIAMMISSIONE SCOLASTICA
(ai sensi della Direttiva della Regione Piemonte 1/6/2000)

Alla Dirigente Scolastico
dell'Istituto "A.Brofferio"

Il sottoscritto _____
nato a _____ il _____
residente a _____

dichiara, sotto la propria responsabilità, consapevole delle responsabilità a cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero, di aver effettuato il trattamento antipediculosi sul capo

dell'alunno _____
frequentante la classe _____ della Scuola _____
in data _____
utilizzando il seguente prodotto _____
seguendo il consiglio di _____

Data _____

Firma di autocertificazione
