

Al Dirigente Scolastico
IC "Via T. Mommsen, 20"

**AUTOCERTIFICAZIONE PER LA RIAMMISSIONE SCOLASTICA
POST TRATTAMENTO PEDICULOSI**

I GENITORI

(padre) _____

(madre) _____

TUTORE LEGALE _____

dell'alunno/a _____

frequentante la classe _____

scuola dell'infanzia

scuola primaria

scuola secondaria di I grado

consapevoli delle responsabilità e delle pene stabilite per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la mia responsabilità (art. 76 DPR 445/2000)

DICHIARANO

che in data _____ il proprio figlio/a è stato/a sottoposto/a al seguente trattamento per la pediculosi del capo:

(indicare nome del prodotto usato e modalità di applicazione)

Data _____

FIRMA DEI GENITORI o TUTORE LEGALE

In caso di unica firma del genitore, lo stesso dichiara di "aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulle responsabilità genitoriali di cui agli articoli 316 e 337 ter e 337quater del Codice civile che richiedono il consenso di entrambi i genitori".

Firma _____