

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 \_\_\_\_\_