AUTOCERTIFICAZIONE AVVENUTO TRATTAMENTO A SEGUITO DI PEDICULOSI

Alla cortese attenzione della Preside dott. Prof. Angela Lattuada

Della Scuola_____

(indicare il grado: Primaria, Secondaria di I o di II GRADO)
annessa all'Istituto Facchetti - Treviglio

lo sottoscritto/a_____ (*indicare il grado di parentela*)

Nome _____Cognome _____

dell'alunno/a Nome _____Cognome _____

nato/a a _____il _____,

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste a seguito di dichiarazioni mendaci sono ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (art. 76 D.P.R. 28.12.2000 n. 445):

D I C H I A R O

dichiaro

che in data _____ l'alunno/a sopraccitato/a è stato/a sottoposto/a al seguente

trattamento per l'eliminazione dei pidocchi e delle uova:

_____

_____

Luogo_____Data_____

In fede

Firma leggibile del genitore