

AUTOCERTIFICAZIONE

Il sottoscritto genitore di:
cognome.....nome.....data di nascita...../...../.....
frequentante la classe.....scuola.....
nel Comune di.....

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

(barrare la voce che interessa)

- ☐ di aver effettuato il controllo del capo del figlio senza avere riscontrato la presenza di pidocchi e/o lendini in data...../...../......
- ☐ di avere effettuato trattamento antiparassitario sul proprio figlio il/...../..... con il seguente farmaco.....
e di avere asportato le lendini.

Data/...../.....

Firma del genitore

.....

Da inviare via email, a cura dell'Istituzione scolastica, al Servizio di Igiene e Sanità Pubblica al seguente indirizzo: *igiene.pubblica@ausl.vda.it*, solo in caso di trattamento antiparassitario effettuato.