

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.