

**AUTOCERTIFICAZIONE PER LA RIAMMISSIONE SCOLASTICA**

AL DIRIGENTE SCOLASTICO DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO "Marco Polo"

Io sottoscritt\_ \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

Padre     Madre     Tutore    dell'alunno/a

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

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

**DICHIARO**

che in data \_\_\_\_\_ mio figlio/a \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ è stato/a sottoposto/a al seguente trattamento per la pediculosi del capo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (indicare nome del prodotto usato e modalità di applicazione)

Firma di autocertificazione

Data \_\_\_\_\_