**Modello A**

**AUTOCERTIFICAZIONE PER RIAMMISSIONE SCOLASTICA A SEGUITO DI PEDICULOSI**

**Al DIRIGENTE SCOLASTICO**

**Istituto Comprensivo “M. Nuti”**

**Fano**

**Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**genitore dell’alunno/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**frequentante la classe\_\_\_\_\_\_sez.\_\_\_\_della scuola\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
essendo stato informato della presenza di casi di pediculosi,**

**DICHIARA, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA’:**

**(barrare la voce interessata)**

** di aver sottoposto il figlio/a al trattamento contro la pediculosi in data e di**

**impegnarsi a ripeterlo a distanza di 7 giorni. Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di aver provveduto ad asportare tutte le lendini dai capelli, fino a completa bonifica. Quanto sopra, per consentire l’inserimento del proprio figlio/a nella comunità scolastica.**

** di non aver effettuato il trattamento specifico per la pediculosi al proprio figlio/a in quanto, dopo aver controllato la testa, non sono stati riscontrati nè lendini nè pidocchi.**

**Data**

**Firma del genitore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**