

Autocertificazione per la riammissione scolastica

Al Dirigente scolastico

dell'Istituto Comprensivo _____

Io sottoscritto/a,

data di nascita

DELL'ALUNNO

data di nascita

consapevole delle responsabilità di cui vado incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero:

dichiaro che in data l'alunno/a è stato/a sottoposto/a al trattamento per l'eliminazione dei pidocchi e alla rimozione delle lendini.

dichiaro che l'alunno non è stato sottoposto al trattamento in quanto esente dalla presenza di parassiti.

Data

Firma di autocertificazione _____