

Da consegnare in Segreteria o inviare per FAX.

**AUTOCERTIFICAZIONE PER LA RIAMMISSIONE A SCUOLA**

Al Dirigente Scolastico dell'I.C. "Maria Montessori" - Terracina

Fax 0773.701590

OGGETTO: **PEDICULOSI: AUTOCERTIFICAZIONE PER LA RIAMMISSIONE A SCUOLA**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, in qualità di genitore/tutore dell'alunna/o \_\_\_\_\_, frequentante la classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_ della Scuola  Infanzia  Primaria  Secondaria di 1° grado, consapevole delle responsabilità cui vado incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero, dichiaro che alle ore \_\_\_\_\_ del giorno \_\_\_\_\_ l'alunna/o è stata/o sottoposto al seguente trattamento per l'eliminazione della pediculosi: \_\_\_\_\_

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

Terracina, \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL GENITORE/TUTORE**

\_\_\_\_\_

Riservato al Dirigente Scolastico	
<p>VISTA la richiesta,</p> <p style="text-align: center;"><b>Si autorizza</b></p> <p style="text-align: center;"><b>NON si autorizza, in quanto</b> _____</p> <p>Terracina, _____</p>	<p><b>Il Dirigente Scolastico</b> <b>Barbara Marini</b></p> <p>_____</p>