

**AUTOCERTIFICAZIONE DI AVVENUTO TRATTAMENTO ANTIPEDICULOSI
da presentare a Scuola
(in base al D.P.R. n.445/2000)**

AL DIRIGENTE

DELL'I.C. "GRAZIANO DA CHIUSI"

Io sottoscritto _____

genitore di _____

frequentante nel corrente anno scolastico la classe/sezione _____ della Scuola

Infanzia Montallese Infanzia Chiusi Città Infanzia Bagnolo

Primaria "De Amicis" Primaria "G.Rodari"

Secondaria di 1° Grado

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

dichiaro

che mio figlio è stato sottoposto al trattamento antipediculosi con asportazione di tutte le lendini

di aver utilizzato per il trattamento effettuato in data _____ il seguente farmaco: _____

di aver provveduto ad asportare tutte le lendini dai capelli, fino a completa bonifica, per consentire l'inserimento del proprio figlio/a nella comunità scolastica.

di essere al corrente Il dell'opportunità di ripetere il trattamento a distanza di una settimana.

Data _____

Firma di autocertificazione

Il presente modello compilato e firmato è da consegnare all'insegnante di classe per l'eventuale riammissione a Scuola dopo l'avvenuto trattamento.

I dati richiesti saranno trattati nel rispetto della legislazione sulla tutela della privacy ex Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR) e D.Lgs. n. 196/03, così come modificato dal D.Lgs. n. 101/2018.