

AUTOCERTIFICAZIONE TRATTAMENTO ANTIPEDICULOSI

per la famiglia che sostituisce il certificato medico per la riammissione a scuola
in ottemperanza a quanto previsto dalla Circolare Ministeriale n. 4 del 3 marzo 1998 in materia di sospetta
Pediculosi

Al Dirigente scolastico
Dell'I.C. "Carlo Alberto Dalla Chiesa"
San Giovanni La Punta

Il/La sottoscritto/a _____ genitore
dell'alunno/a _____ frequentante la
classe _____ sez. _____ della scuola dell'infanzia/primaria/secondaria di primo grado

essendo stato informato della probabile presenza di pediculosi a carico del proprio figlio/a

DICHIARA, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA':

(barrare la voce interessata)

di avere sottoposto a controllo il proprio figlio/a presso il medico curante che ha attestato la mancata presenza di parassiti (certificato medico allegato)

di avere sottoposto a controllo il proprio figlio/a presso il medico curante che ha attestato la presenza dei parassiti e che è stato iniziato il trattamento contro la pediculosi in data _____ e si impegna a ripeterlo a distanza di 7 giorni. Quanto sopra, per consentire l'inserimento del proprio figlio/a nella comunità scolastica fino allo scadere del settimo giorno, data nella quale lo scrivente effettuerà ulteriore controllo presso il proprio medico curante che attesterà l'assenza dell'infestazione.

Data _____

Firma del genitore _____