

AUTOCERTIFICAZIONE PER LA RIAMMISSIONE SCOLASTICA

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO "GIOVANNI VERGA" - VIZZINI

Io sottoscritt_

Nome _____

Cognome _____

Data di nascita _____

Padre Madre Tutore dell'alunno/a

Nome _____

Cognome _____

Data di nascita _____

consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la mia responsabilità (art. 76 DPR 445/2000)

DICHIARO

che in data _____ mio figlio/a _____

frequentante la classe _____ è stato/a sottoposto/a al seguente trattamento per la
pediculosi del capo _____

(indicare nome del prodotto usato e modalità di applicazione)

Firma di autocertificazione

Data _____