

**Al Dirigente Scolastico
Dell'IC "Ferrucci" Larciano (PT)**

Il/La sottoscritto/a padre/madre/tutore (sottolineare la voce
corrispondente)

Nome _____

Cognome _____

Data di nascita _____

dell'alunn _

Nome _____

Cognome _____

Data di nascita _____

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

DICHIARA

che in data _____ l'alunno/a è stato sottoposto/al trattamento per
l'eliminazione dei pidocchi, quindi può riprendere la frequenza scolastica.

Data _____

Firma di autocertificazione
