

Autocertificazione di avvenuto trattamento antipediculosi \*

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

genitore di \_\_\_\_\_

frequentante la classe/sezione \_\_\_\_\_

**Dichiaro di aver eseguito a mio figlio il trattamento antipediculosi con asportazione di tutte le lendini. Per il trattamento è stato utilizzato il farmaco:**

farmaco \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

Di aver eseguito analogo trattamento ai famigliari infestati in data \_\_\_\_\_

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

Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

\* ai fini della riammissione in caso di pediculosi- 1° episodio nell'anno scolastico