

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