

**AUTOCERTIFICAZIONE PER LA RIAMMISSIONE SCOLASTICA
(ai sensi della Direttiva della Regione Piemonte 1/6/2000)**

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DEL VERGANTE – INVORIO (NO)

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 _____