

AUTOCERTIFICAZIONE PER LA RIAMMISSIONE SCOLASTICA

(In alternativa al certificato medico)

Al Dirigente Scolastico della Scuola o Istituto

.....

Io sottoscritt... padre/madre/tutore (sottolineare la voce corrispondente)

Nome.....

Cognome.....

Data e luogo di nascita.....

dell'alunn...

Nome.....

Cognome.....

Data e luogo di nascita.....

consapevole delle responsabilità a cui vado incontro in caso di dichiarazioni non corrispondenti al vero,

dichiaro che

in data.....

l'alunn..... è stato sottoposto al seguente trattamento o per l'eliminazione dei pidocchi:

.....
.....
.....

Data.....

Firma di autocertificazione

.....