

**AUTOCERTIFICAZIONE PER LA RIAMMISSIONE SCOLASTICA**  
(in alternativa può essere prodotto certificato medico rilasciato dal medico di base)

Al Dirigente Scolastico  
Istituto Comprensivo 1  
Porto Torres

Il/la sottoscritto/a ..... nato/a il .....  
(Cognome e Nome)

padre  madre  tutore  dell'alunno/a.....

nato/a a ..... il ....., consapevole delle

responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazioni non corrispondenti al vero, dichiara che in data

..... l'alunno/a è stato/a sottoposto/a al seguente trattamento contro la pediculosi:

.....

Data, .....

Firma per autocertificazione.....