

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.....