

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

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Io sottoscritt\_

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

Padre

Madre

Tutore

dell'aiunno/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 \_\_\_\_\_