

**AUTOCERTIFICAZIONE DI AVVENUTO TRATTAMENTO ANTIPEDICULOSI  
da presentare alla Scuola**

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO  
DI VILLANOVA D'ASTI

I sottoscritti \_\_\_\_\_

genitori dell'alunno/a \_\_\_\_\_

frequentante nel corrente anno scolastico la classe/sezione \_\_\_\_\_ della Scuola

dell'Infanzia

Primaria

Secondaria di 1° Grado

plesso scolastico di \_\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità cui vado incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero,

**dichiaro**

che mio/a figlio/a è stato/a sottoposto/a al trattamento antipediculosi con asportazione di tutte le lendini.

Per il trattamento è stato utilizzato, in data \_\_\_\_\_ il seguente  
farmaco: \_\_\_\_\_

Sono al corrente dell'opportunità di ripetere il trattamento a distanza di una settimana.

Data \_\_\_\_\_

Firma di autocertificazione \_\_\_\_\_