AUTOCERTIFICAZIONE PER LA RIAMMISSIONE SCOLASTICA

PEDICULOSI

 Al Dirigente Scolastico dell’ IC Aldeno Mattarello

Si chiede di restituire in busta chiusa indirizzata al coordinatore di classe (SSPG) o ai docenti (SP), oppure via mail all’indirizzo della segreteria studenti

studenti.aldeno.mattarello@scuole.provincia.tn.it

MODELLO DI AUTOCERTIFICAZIONE

DA RESTITUIRE A SCUOLA: SARA’ GARANTITA LA MASSIMA RISERVATEZZA

Io sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, genitore/tutore dell’alunno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante le classe \_\_\_\_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_\_\_\_ della scuola Primaria / Secondaria di primo grado di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dichiaro sotto la mia responsabilità, che, a seguito della segnalazione della scuola, ho provveduto a sottoporre ai controlli richiesti mio/a figlio/a e a procedere, nel caso di riscontro di pediculosi, al trattamento richiesto.

Si ricorda che per la riammissione in classe è sufficiente una di queste due modalità, a scelta dei genitori, e che il bambino può tornare a scuola il giorno dopo il trattamento.

A)

* Ho trovato pediculosi
* Non ho trovato pediculosi

B)

* Ho iniziato il trattamento
* Non ho iniziato il trattamento

Data............................................. Firma …………………………….