

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

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
dell'Istituto Comprensivo "G. Curioni"
di Romagnano Sesia (NO)

Io sottoscritt_

Nome _____

Cognome _____

Data di nascita _____

Padre Madre Tutore dell'alunno/a

Nome _____

Cognome _____

Data di nascita _____

Frequentante la classe/sez _____ della Scuola _____ di _____

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
_____ è stato/a sottoposto/a al seguente
trattamento per la pediculosi del
capo _____

_____ (indicare nome del prodotto usato e modalità di applicazione)

Data e luogo _____

Firma di autocertificazione
