

Al Dirigente Scolastico  
1° Istituto Comprensivo  
"Principe di Napoli"  
Augusta

**OGGETTO: AUTOCERTIFICAZIONE PER LA RIAMMISSIONE SCOLASTICA**

Io sottoscritt\_

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

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

    ف Padre      ف Madre      ف Tutore

dell'alunno/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 \_\_\_\_\_

ف Scuola dell'Infanzia      ف Scuola Primaria      ف Scuola Secondaria di 1° Grado

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

Augusta, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_