

AUTOCERTIFICAZIONE PER LA RIAMMISSIONE SCOLASTICA
IN CASO DI PEDICULOSI DEL CAPO

(ai sensi della Circolare del Ministero della Sanità n. 4 del 13 marzo 1998
e dell'art. 28 della Legge Regionale Puglia 30 dicembre 2020, n. 35)

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il ___ / ___ / _____
in qualità di genitore/tutore dell'alunno/a _____
frequentante la classe _____ presso l'Istituto _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- di aver riscontrato nel/la proprio/a figlio/a un episodio di pediculosi del capo;
- di aver effettuato in data ___ / ___ / _____ un idoneo trattamento antiparassitario, secondo le indicazioni previste;
- di aver provveduto alla rimozione delle lendini e all'adozione delle necessarie misure di profilassi familiare;
- di essere a conoscenza della necessità di ripetere il trattamento nei tempi indicati e di effettuare controlli periodici.

DICHIARA INOLTRE

che, alla data odierna, il/la proprio/a figlio/a può essere riammesso/a alla frequenza scolastica, non sussistendo condizioni ostative, in conformità alla normativa vigente che non prevede l'obbligo di certificazione medica per la riammissione.

Il/La sottoscritto/a è consapevole delle responsabilità previste in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi della normativa vigente.

Luogo e data _____

Firma del genitore/tutore _____