Allegato D

AUTOCERTIFICAZIONE

Il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_genitore di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_frequentante la classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_della

scuola primaria/infanzia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

visto l’avviso di sottoporre il\la propria\o figlio\a a trattamento contro la pediculosi per il

giorno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

DICHIARA

DI AVER EFFETTUATO IN DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IL TRATTAMENTO

INDICATO COL SEGUENTE PRODOTTO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

seguendo le indicazioni consigliate e con verifica dopo il trattamento circa la presenza di

eventuali ulteriori lendini

M’impegno a verificare ogni 2\3 giorni il cuoio capelluto di mio\a figlio\a e di ripetere il

trattamento, in caso di riscontro di lendini,il giorno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prendo atto che, per eliminare ogni eventuale focolaio di pediculosi nella scuola, mio\a figlio\a non potrà essere riammesso alla frequenza nel giorno successivo al trattamento da Voi suggerito, se non munito di questo stampato compilato in ogni sua parte.

In caso contrario la riammissione potrà avvenire previa verifica da effettuarsi a cura delle Assistenti Sanitarie dei Punti sanità Aziendali previo appuntamento telefonico allo 0425393745 o dal Pediatra di libera scelta.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_li\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA genitore