

**Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo " R. Piria" – Scilla (RC)**

AUTOCERTIFICAZIONE AVVIO TRATTAMENTO PEDICULOSI

I sottoscritti _____ e _____ genitori/tutori
dell'alunno/a _____ frequentante nell'anno
scolastico 2023/2024

la Scuola dell'Infanzia Plesso _____ sezione _____

la Scuola Primaria Plesso _____ classe _____ sezione _____

la Scuola Secondaria Plesso _____ classe _____ sezione _____

dell' I.C. "R.Piria" di Scilla, consapevoli delle responsabilità previste in caso di dichiarazione non
corrispondente al vero ai sensi del DPR 245/2000

DICHIARANO

di aver contattato il medico curante/pediatra di libera scelta e di essersi attenuti alle sue indicazioni
provvedendo ad avviare il previsto trattamento antiparassitario. Il bambino pertanto può frequentare a partire
dalla data odierna.

Luogo _____ Data _____

Firma GENITORI

In caso di firma di un solo genitore:

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non
corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza
delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile,
che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Luogo _____ Data _____ FIRMA _____