Allegato – *al protocollo per il controllo della pediculosi*

**AUTOCERTIFICAZIONE**

Il sottoscritto .......................................................................................................................... genitore di:

cognome.................................................nome................................................data di nascita......../........./........

frequentante la classe..................................................scuola...........................................................................

nelComune di..............................................................................

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

(barrare la voce che interessa)

□ di aver effettuato il controllo del capo del figlio senza avere

riscontrato la presenza di pidocchi e/o lendini in data........./.........../...........

□ di avere effettuato trattamento antiparassitario sul proprio figlio

il ........../............./............. con il seguente farmaco.............................................................................

e di avere asportato le lendini.

Data ........../............../.............

Firma del genitore

................................................................