* **Allegato B**

*(Autocertificazione per la riammissione scolastica )*

*Al Dirigente Scolastico*

*dell’ Istituto Comprensivo San Giovanni Bosco*

lo sottoscritt\_

*Nome*

*Cognome*

*Data e luogo di nascita*

padre/ madre/ tutore (sottolineare la voce corrispondente) dell'alunn\_

*Nome*

*Cognome*

*Data e luogo di nascita*

consapevole delle responsabilità cui vado incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero,

* dichiaro che in data l' alunn\_ è stat\_ sottoposto al seguente trattamento per l’eliminazione dei pidocchi:

oppure

* dichiaro che l’alunno non è stato sottoposto al trattamento in quanto esente dalla presenza di parassiti.

Data

Firma di autocertificazione