AUTOCERTIFICAZIONE PER LA RIAMMISSIONE SCOLASTICA

(In alternativa al certificato medico)

	Al Dirigente Scolastico della Scuola o Istituto
Io sottoscritt padre/madre/tutore (sottolineare Nome	
CognomeData e luogo di nascita	
dell'alunn Nome	
consapevole delle responsabilità a cui vado inconvero, dichiaro che in data	ntro in caso di dichiarazioni non corrispondenti al
l'alunn è stato sottoposto al seguente trattar	nento per l'eliminazione dei pidocchi:
Data	
	Firma di autocertificazione