

Alle Docenti/Educatrici di Sezione

dell'Asilo Infantile e Fondazione Amici dei Bimbi

San Giovanni in Persiceto (BO)

Io sottoscritto/a padre/madre/tutore (sottolineare la voce corrispondente)

Nome _____ Cognome _____

Data di nascita _____

Dell'alunno/a

Nome _____ Cognome _____

Data di nascita _____

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

dichiaro che in data _____ l'alunno/a è stato sottoposto al seguente trattamento per l'eliminazione dei pidocchi:

ovvero

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

DATA _____

Firma di autocertificazione _____