

Alla Dirigente Scolastica

dell’Istituto Comprensivo Aldo Moro

Casalnuovo di Napoli

Oggetto: Autocertificazione per la riammissione scolastica

IL sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ padre/ madre/ tutore (sottolineare la voce corrispondente) dell'alunn\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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.

Firma dei genitori per autorizzazione

1)

2)

In caso di difficoltà, in alternativa alla firma di entrambi i genitori:

I\_ sottoscritt\_ padre/madre, dichiara di avere effettuato tale richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale, *c*onsapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione mendace, così come previsto dall’art. 76 del DPR n. 445/2000, DICHIARA che \_l\_ padre/madre é a conoscenza ed acconsente alla presente richiesta di autorizzazione.

Data **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Firma