

## Modulo autodichiarazione trattamento antipediculosi

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_, e  
residente in \_\_\_\_\_ in qualità di genitore (o titolare della responsabilità  
genitoriale) di \_\_\_\_\_, nato/a  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, frequentante la classe  
\_\_\_\_\_ di codesto istituto, consapevole delle conseguenze civili e penali previste dall'art. 46 del  
DPR 445/200 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

### DICHIARA

Di aver eseguito il trattamento antipediculosi come da prescrizione medica.

Luogo e data

Il genitore  
(o titolare della responsabilità genitoriale)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_