



**MINISTERO dell'ISTRUZIONE, dell'UNIVERSITA' e della RICERCA
ISTITUTO COMPRENSIVO COMPLETO
Via 5 Giornate - 21017 SAMARATE (VA)
Tel. 0331/72.01.18 - Fax. 0331/22.34.15
Cod. Mec. VAIC844003 C.F. 82007930124**

ALLEGATO 2

Samarate,.....

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo Completo MANZONI di Samarate

ATTI

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

Nome..... Cognome.....

Data di nascita..... Luogo.....

dell'alunno/a:

Nome.....Cognome.....

Data di nascita.....Luogo.....

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

**- dichiaro che in data.....l'alunno/a è stato/a sottoposto/a al seguente
trattamento per l'eliminazione dei pidocchi.....**

ovvero

- dichiaro che l'alunno non è stato sottoposto al trattamento in quanto esente da parassiti.

Data..... Luogo.....

Firma di autocertificazione.....