**Al Dirigente Scolastico dell’I.C.Porto Tolle**

 **Via Brunetti, 17 PORTO TOLLE**

**AUTOCERTIFICAZIONE**

**Il sottoscritto genitore di**

 **frequentante la classe della scuola secondaria \ primaria \infanzia**

**,visto l’avviso di sottoporre il\la propria\o figlio\a a trattamento contro la pediculosi per il giorno ,**

**DICHIARA**

**DI AVER EFFETTUATO IN DATA IL TRATTAMENTO INDICATO COL SEGUENTE PRODOTTO ,**

**seguendo le indicazioni consigliate e con verifica dopo il trattamento circa la presenza di eventuali ulteriori lendini**

**Il sottoscritto si impegna altresì a verificare ogni 2\3 giorni il cuoio capelluto di mio\a figlio\a e di ripetere il trattamento, in caso di riscontro di lendini ,il giorno**

**Prendo atto che, per eliminare ogni eventuale focolaio di pediculosi nella scuola, mio\a figlio\a non potrà essere riammesso alla frequenza nel giorno successivo al trattamento da Voi suggerito , se non munito di questo stampato compilato in ogni sua parte.**

**In caso contrario la riammissione potrà avvenire previa verifica da effettuarsi a cura delle Assistenti Sanitarie dei Punti sanità Aziendali previo appuntamento telefonico allo 0425 393745 o dal Pediatra di libera scelta.**

 **li**

**FIRMA genitore**

**Protocollo Pediculosi ULLS 18 Rovigo Revisione 2016 Allegato D**