**Allegato alla Circolare n. 49 del 3 ottobre 2024**

**Al Dirigente Scolastico**

**Dell’I.C.S. “Don Milani”**

 **Di NOVATE MILANESE**

**AUTODICHIARAZIONE INIZIO TRATTAMENTO PEDICULOSI**

Il Sottoscritto (Cognome nome)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ genitore/tutore dell’Alunno (Cognome e Nome)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, classe/Sezione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ai fini della riammissione del proprio figlio/figlia presso l’I.C.S. “ Don Milani” di Novate Milanese

DICHIARA

In qualità di esercente la responsabilità genitoriale, ai sensi della normativa vigente,che il proprio figlio o il minore affidatogli ( Cognome e nome)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:

ha iniziato in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il trattamento per la cura della pediculosi.

Luogo e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma del genitore/tutore

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_