



REPUBBLICA ITALIANA * REGIONE SICILIA
II ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "DANTE ALIGHIERI"
SCUOLA DELL'INFANZIA, PRIMARIA E SECONDARIA DI I GRADO
Piazza Dante - 96015 FRANCOFONTE
TELEFONO 095/948186-FAX 095/2273089
COD.FISC.:82000290898 - COD. MECC.SRIC86300L
e-mail sric86300l@istruzione.it

Autocertificazione per la riammissione scolastica (art. 46 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

Al Dirigente Scolastico
del II IC "D. Alighieri"
di Francofonte

I sottoscritti _____ genitori/tutori

dell'alunno/a _____

frequentante la classe/sezione _____ del plesso _____

consapevoli delle responsabilità cui vanno incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero,
dichiarano che in data ____ / ____ / _____ l'alunn _ è stato sottoposto all'idoneo trattamento
per la pediculosi.

Data ____ / ____ / _____

Firma Genitore/Tutrice _____

Firma Genitore/Tutore _____

NB In caso di unica firma:

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art. 316 e 337ter e 337quater del codice civile che richiedono il consenso di entrambi i genitori.