

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

Oggetto: **autocertificazione di avvenuto trattamento antipediculosi**

Il sottoscritto/a .....

Residente a ..... In via .....

genitore/esercente la patria potestà di .....

**Dichiara di aver eseguito al figlio/a il trattamento antipediculosi con asportazione di tutte le lendini dai capelli.**

Per il trattamento è stato utilizzato il prodotto:

..... in data .....

e di essere al corrente dell'opportunità di ripetere il trattamento a distanza di una settimana.

Data.....

Firma.....