**AUTOCERTIFICAZIONE PIDOCCHI**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A …………………………………………………………………. GENITORE DI ………………………………………………………………. DICHIARA DI AVER INIZIATO IL TRATTAMENTO PER LA CURA DELLA PEDICULOSI COME DA INDICAZIONI MEDICHE SUGGERITE DAGLI ENTI COMPETENTI.

Fagnano Olona, Firma:…………………………………………