



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
“FRANCESCO VIVONA”
Calatafimi Segesta - Vita



C/da Santa Maria, s.n.c. - 91013 Calatafimi Segesta (TP)
Centralino: 0924 951311 - Email: tpic81300b@istruzione.it
PEC: TPIC81300B@pec.istruzione.it
Codice fiscale: 80004430817 - Codice meccanografico: TPIC81300B
www.istitutocomprensivovivona.edu.it

A.S 2024/25

CIRCOLARE N. 50

Alle Famiglie

Ai Docenti

Area Riservata R.E.

Alla DSGA

OGGETTO: Prevenzione e cura casi di Pediculosi. Integrazione

Si invia in allegato il modello di autocertificazione di avvenuto trattamento idoneo all'ammissione in classe in caso di accertamento pediculosi e difficoltà a produrre certificazione medica di riammissione.

LA DIRIGENTE SCOLASTICA

Prof.ssa Caterina Agueci

*Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3 comma 2 del D.L. 39/93*

Si informano i genitori che i dati personali forniti per le finalità connesse all'oggetto del documento saranno trattati dal Titolare in conformità alle disposizioni del Codice privacy (D.Lgs. 196/2003 novellato dal D.Lgs. 101/2018) e del Regolamento UE 2016/679 (GDPR). Più specificamente, in linea con quanto previsto dagli artt.13 e 14 del Regolamento, il Titolare indica i modi e i termini di tale trattamento nelle informative pubblicate nella sezione dedicata alla Privacy e Protezione dei dati personali del sito WEB dell'Istituto, al link:
<https://netcrm.netsenseweb.com/scuola/privacy/netsense/TPIC81300B>

AUTOCERTIFICAZIONE DI AVVENUTO TRATTAMENTO ANTIPEDICULOSI

da presentare a Scuola (in base al D.P.R. n.445/2000)

ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA DELL'I.C. "Francesco Vivona"

Di Calatafimi Segesta

Io sottoscritto _____ genitore di _____

frequentante nel corrente anno scolastico la classe/sezione _____
della Scuola

Infanzia De Amicis

Infanzia SASI

Infanzia Bruno

Primaria "De Amicis"

Primaria " Bruno"

Primaria " SASI "

Secondaria di I Grado " Vivona"

Secondaria I grado " Capuana"

consapevole delle responsabilità cui vado incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero,

DICHIARO

di aver sottoposto il proprio figlio/a al trattamento contro la pediculosi in data

Io sottoscritto dichiaro inoltre

- di aver provveduto ad asportare tutte le lendini dai capelli, fino a completa bonifica;
- di essere al corrente dell'opportunità di ripetere il trattamento a distanza di una settimana.

Quanto sopra per consentire l'inserimento del proprio figlio/a nella comunità scolastica

Data Firma del genitore

Il presente modello compilato e firmato è da consegnare all'insegnante di classe per la riammissione a Scuola dopo l'avvenuto trattamento.