

Allegato 5 – al protocollo per il controllo della pediculosi (**livello 3**)

CERTIFICATO MEDICO PER LA RIAMMISSIONE A SCUOLA

Si certifica che:

cognome..... nome.....

data di nascita/...../..... frequentante la classe.....

scuola..... del Comune di

è esente da pediculosi in atto

ha ricevuto prescrizione del trattamento antiparassitario per pediculosi del capo con il seguente farmaco..... il/...../.....

Data

Firma e timbro del medico

.....

Da inviare via email, a cura dell'Istituzione scolastica, al Servizio di
Igiene Pubblica – igiene.pubblica@ausl.vda.it