



Regione
Lombardia

ASL Mantova

IntestazioneALLEGATO C

Autocertificazione di avvenuto trattamento/controllo antipediculosi

Io sottoscritto/a _____

Genitore/ tutore di _____

frequentante la classe/sezione _____

Dichiaro :

di aver eseguito il trattamento antipediculosi con asportazione di tutte le lendini.

Nome prodotto utilizzato _____ in data _____

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

di avere effettuato il controllo e di non avere riscontrato nessuna infestazione

Firma _____

Data _____

Servizio Igiene e Sanità Pubblica - Area Prevenzione Ambienti di Vita - Dipartimento Prevenzione Medica
Via Dei Toscani 1 – edificio 9/A – 46100 Mantova – Tel. 0376 334927 - Fax 0376 334928 - e.mail: sisp.mantova@aslmn.it
ASL Mantova - Sede Legale - via dei Toscani, 1 - 46100 Mantova - Tel. 0376 3341 - www.aslmn.it - CF/PI 01838560207

Organizzazione con Sistema di Gestione per la qualità secondo UNI EN ISO 9001:2008