

**COMUNICAZIONE DI ASSUNZIONE DI FARMACI IN ORARIO ED AMBITO SCOLASTICO
(in caso di alunno/a maggiorenne)**

Al Dirigente Scolastico/Responsabile struttura formativa

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome).....
nato a il.....
residente ain Via.....
tel.....
studente/studentessa che frequenta la classe sez
scuola
sita in ViaCap
Località Prov.....

COMUNICO

che in orario scolastico assumo il farmaco (scrivere nome commerciale).....
come da certificazione medica allegata.

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs n. 196/2003
(i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)
(barrare la scelta):

SI NO

In fede

Firma dell'interessato/a

.....

Data,