

**COMUNICAZIONE DI ASSUNZIONE DI FARMACI IN ORARIO ED
AMBITO SCOLASTICO**

(in caso di alunno/a maggiorenne)

Al Dirigente Scolastico

Il sottoscritto/a (Cognome e Nome)

Nato/ail..... residente a

in Via..... tel.....

studente/studentessa che frequenta la classe..... sez.....anno scolastico

COMUNICA

che in orario scolastico assumerà 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)

In fede

Firma dell'interessato/a

.....

Data,