

Comunicazione di assunzione di farmaci in orario ed ambito scolastico da parte di caso di alunno/a maggiorenne.

Al Dirigente Scolastico/Direttore Ente di Formazione

Scuola/Ente

Via..... cap. Località..... Prov.....

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome).....

nato ail.....

residente ain Via.....

Cap Località

tel.....

studente/studentessa che frequenta la classe sez

della scuola

sita in Via cap. 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. 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone) (barrare la scelta):

SI'

NO

Data

In fede

Firma dell'interessato/a

.....