

**Comunicazione di assunzione di farmaci in orario ed ambito scolastico
(in caso di alunno/a maggiorenne)**

Al Dirigente Scolastico/ Responsabile strutture educative
Scuola/Istituto Comprensivo

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome) _____
nato a _____ il _____
residente a _____ in via _____ tel _____
studente/studentessa che frequenta la classe _____ sez _____ della scuola
_____ a _____

COMUNICO

che in orario scolastico assumo il/i farmaco/i (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

Numeri di telefono utili

Pediatra di libera scelta/Medico di medicina generale _____