

MODULO DI COMUNICAZIONE

Comunicazione di assunzione di farmaci in orario ed ambito scolastico

(in caso di maggiorenne)

Al Dirigente Scolastico

Io sottoscritto/a (Cognome Nome).....
studente/studentessa che frequenta la classe sez nato a
.....il..... residente ain
Via..... che frequenta la classe
sez della scuola
..... sita in Via
..... Cap Località
.....prov.

COMUNICO

che in orario scolastico assumo il farmaco (scrivere nome del farmaco) 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):

Sì No

Data In fede Firma dell'interessato/a