

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

Allegato 3

Al Dirigente Scolastico

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

(Luogo e Data) il

Firma dell'interessato/a