

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

Al Dirigente Scolastico

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

nato a ..... il.....

residente a ..... in Via.....

tel .....

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

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. 196/2003

(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

.....