**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

………………………………………………………………………..