

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

Al Dirigente Scolastico/Responsabile struttura formativa

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

Firma dell'interessato/a

.....

Data, .....