

Allegato 6

**Comunicazione di assunzione di farmaci in orario ed ambito scolastico
(in caso di alunno/a maggiorenne)**

Al Dirigente Scolastico/ Responsabile
strutture educative
Scuola/Istituto Comprensivo

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

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. 196/03 (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