



COMUNICAZIONE ASSUNZIONE FARMACI MAGGIORENNE

Al Dirigente Scolastico

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome) _____
nato _____ il ___ / ___ / ___
residente a _____ in Via _____ tel _____
studente/ssa che frequenta la classe ___ sez ___ indirizzo _____ sede _____

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,

Roma, ___ / ___ / _____

Firma
