

MODULO DI COMUNICAZIONE

Comunicazione di assunzione di farmaci in orario ed ambito scolastico (in caso di maggiorenne)

Al Dirigente Scolastico, Dirigente delle Scuole e dei Servizi
Paritari/Educativi, Direttore dell'Ente di Formazione
Scuola/Istituto Comprensivo

Nome.....

Via.....

Località.....Provincia.....

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

studente/studentessa che frequenta la classe sez

nato ail.....

residente ain Via.....

che frequenta la classe sez

della scuola

sita in Via Cap

Localitàprov.

COMUNICO

che in orario scolastico assumo il farmaco (scrivere nome del farmaco)

come da **Certificazione Medica** allegata e rilasciata dalla Pediatria di Comunità dell'AUSL (scrivere
nome del farmaco).....

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):

Sì

No

Data

In fede

Firma dell'interessato/a

.....