

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 a .....il.....  
residente a .....in Via.....  
che frequenta la classe ..... sez .....  
della scuola .....  
sita in Via ..... Cap .....  
Località .....prov. ....

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):

Si

No

Data .....

In fede

Firma dell'interessato/a

.....