



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

\_\_\_\_\_