

Assunzione farmaci

COMUNICAZIONE DI ASSUNZIONE FARMACI IN ORARIO ED AMBITO SCOLASTICO

IN CASO DI ALUNNO/A MAGGIORENNE

(ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000)

Al Coordinatore delle attività didattiche ed educative

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____, il _____

e residente in _____

via _____, n. _____

tel. _____

Frequentante la classe ____ sez. ____ Liceo

della scuola Istituto Leonardo Murialdo, via Anfiteatro Romano 30, Albano Laziale (RM)

e residente in _____

via _____, n. _____

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)

In fede,

Albano Laziale, (data) _____

Firma
