ALL.N.2 MODULO DI COMUNICAZIONE
di assunzione di farmaci in orario ed ambito scolastico
(in caso di <u>maggiorenne</u>)

AL DIRIGENTE SCOLASTICO DEL POLO TECNICO PROFESSIONALE RIGHI-BOCCIONI FERMI

Io sottoscritto/a

(Cognome Nome).....

nato/a a ……il……. residente a

……...in Via……..……

studente/studentessa che frequento la classe …… sez ……del Polo Tecnico Professionale Righi Boccioni Fermi sede……

COMUNICO

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

…… come da **Certificazione Medica** allegata e rilasciata da

……..

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs n. 196/03

(*barrare la scelta):*

Sì ☐ No ☐

Data ……

Firma dell'interessato/a

……