# Allegato 4

# COMUNICAZIONE DI ASSUNZIONE DI FARMACI IN ORARIO ED AMBITO SCOLASTICO

**(in caso di alunno/a maggiorenne)**

## Al Dirigente Scolastico

Il sottoscritto/a (Cognome e Nome ……………………………………..)……………………………………………………………………………………….

Nato/a …………………………………………….……il…………………………………………………… residente a ………………………………………….

in Via……………………………………………………………………….…………………………………… tel……………………………………..…………………

studente/studentessa che frequenta la classe……….…… sez.…...................anno scolastico …………………………………

COMUNICA

 che in orario scolastico assumerà 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

Firma dell’interessato/a

…………………………

Data, ……………………………