

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

AL DIRIGENTE SCOLASTICO DEL POLO TECNICO PROFESSIONALE
RIGHI-BOCCIONI FERMI

Io sottoscritto/a

(Cognome Nome).....

nato/a ail..... residente a

.....in Via.....

studente/studentessa che frequento la classe sezdel 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

.....