

**Comunicazione di assunzione di farmaci in orario ed ambito scolastico  
(in caso di alunno/a maggiorenne)**

Al Dirigente Scolastico/ Responsabile strutture educative  
Scuola/Istituto Comprensivo

---

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_  
studente/studentessa che frequenta la classe \_\_\_\_\_ sez \_\_\_\_\_ della scuola  
\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

COMUNICO

che in orario scolastico assumo il/i farmaco/i (scrivere nome commerciale)

---

---

come da certificazione medica allegata.

*Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs n. 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone) (barrare la scelta):*

SI'

NO

Data

In fede

Firma dell'interessato/a

---

---

Numeri di telefono utili

Pediatra di libera scelta/Medico di medicina generale \_\_\_\_\_