

**COMUNICAZIONE DI ASSUNZIONE DI FARMACI IN ORARIO ED AMBITO SCOLASTICO (in caso di  
alunno/a maggiorenne)**

**Alla c.a. del Dirigente Scolastico**  
**LICEO STATALE "FARNESINA"**  
**SEZIONE SCIENTIFICA - SEZIONE MUSICALE**  
Centrale Via dei Giuochi Istmici, 64 - 00135 ROMA Tel. 06121127045 Fax 0636309457  
Succursale Via dei Robilant, 7 - 00135 ROMA Tel. e Fax 0633221715  
Succursale Via Gosio, 90 - 00191 ROMA Tel. e Fax 06121124705  
Distretto Scolastico 28° - Cod. Fisc. 05723890587 - [www.liceofarnesina.gov.it](http://www.liceofarnesina.gov.it) - [rmps49000c@istruzione.it](mailto:rmps49000c@istruzione.it)

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome).....  
nato a ..... il.....  
residente a .....in Via.....  
tel.....  
studente/studentessa che frequenta la classe ..... sez .....  
scuola .....  
sita in Via .....Cap .....  
Località ..... Prov.....

**COMUNICO**

che in orario scolastico assumo il farmaco (scrivere nome commerciale).....  
come da certificazione medica allegata.

Dichiara inoltre di avere effettuato la richiesta con il consenso dell'altro genitore e in osservanza delle norme del codice civile in materia di condivisione della responsabilità genitoriale con il secondo genitore.(art. 316 e ss c.c.)

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)  
(barrare la scelta):

SI  NO

In fede

Firma dell'interessato/a

.....

Data, .....