

**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 - rmps49000c@istruzione.it

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