

**Allegato 3**

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

**Al Dirigente Scolastico  
dell'I.I.S. "Sciascia" di Sant'Agata di Militello**

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

**COMUNICO**

che in orario scolastico assumo 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 e del Reg. Europeo 679/2016.

Data, .....

In fede

Firma dell'interessato/a

.....