

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
dell' IS "GALILEI - SANI" - LATINA**

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome).....

Nato/a ail.....

residente ain Via.....

tel.....

studente/studentessa che frequenta la classe sez

COMUNICO

che in orario scolastico assumo il farmaco

come da certificazione medica allegata.

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

Data li _____

Firma dell'interessato/a