

MODULO COMUNICAZIONE PER MAGGIORENNI

Comunicazione di assunzione di farmaci in orario ed ambito scolastico (in caso di studente o studentessa maggiorenne)

Al Dirigente scolastico
dell'ITT Buonarroti - TN
Via Brigata Acqui 15,
38122 Trento

Mail: istituto.tecnico@buonarroti.tn.it
PEC: buonarroti@pec.provincia.tn.it

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

studente/studentessa che frequenta la classe seznato

ail.....

residente ain Via.....

che frequenta la classe sez. dell'ITT Buonarroti, sita in Via
Brigata Acqui, 15 - 38122 Trento TN

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/00, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445),

COMUNICO

che in orario scolastico assumo il farmaco (scrivere nome del farmaco)

.....

come da **Piano di Trattamento Individuale** allegato.

Sarà mia cura provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla scadenza degli stessi:

per il trattamento quotidiano

per il trattamento in situazioni di emergenza

Chiedo inoltre di organizzare un incontro con il personale scolastico e sanitario per concordare la gestione dello studente/studentessa durante le attività scolastiche.

Sì No

La scuola rilascerà informativa sul trattamento dei dati personali, in ottemperanza al Regolamento Europeo UE/2016/679

Data

In fede

Firma dell'interessato/a
