Allegato B: CERTIFICAZIONE DI MALATTIA E PIANO TERAPEUTICO

Si certifica che			
Nato a		il	
Residente in via	Comu	ne	Prov
Frequentante la Classe	della scuola		.di
È affetto/a dalla seguente pato	ologia:		
			per la quale:
 vi è assoluta necessità alla posologia dello stes 		azione del farmaco d	con riferimento alla tempistica e
l'esercizio di discrezion	nalità tecnica da eventi in cui occo	parte dell'adulto so rre somministrare il	specialistiche di tipo sanitario né omministratore, né in relazione farmaco né in relazione ai tempi, vazione del farmaco.
Nome del farmaco		forma farmaceutica	a
Dosaggio			
Descrizione dell'evento che ric	hiede la somminis	trazione del farmaco	
Modalità di somministrazione			
Prescrizione ADRENALINA	sì	no	······································
normativa specifica in materia di tute Comprensivo di Brembate di Sopra (E secondo liceità e correttezza, nella pi trattamento dei dati saranno attuate	ela della privacy previ 3G), ai sensi della nori ena tutela e nel rispe in modo da garantire	sta dal Regolamento (UE) mativa citata, impronta il tto dei diritti degli interes e l'integrità, la riservatezz	trattamento dei dati personali ssati. Tutte le operazioni di
 il Titolare del trattamento rappresentante pro tempore 			opra (BG), in persona del suo legale Illi;
			nominare quale Responsabile della cycert Lombardia S.r.l., in persona del
La informiamo che, in qualità di inter apposita richiesta, ai sensi dell'art. 7 Istituto. È facoltà dell'Interessato pre	par. 1 del GDPR, al Ti	tolare del trattamento tra	

Personali) per una violazione della disciplina in materia di protezione dei dati personali.