



Venezia,

Oggetto: **Dichiarazione assunzione medicinali e dichiarazione allergie.**

D I C H I A R A Z I O N E

il/la sottoscritto/a

nato/a a il

residente a in Via

telefono – cellulare

dichiara che attualmente non sta assumendo nessun farmaco.

dichiara di aver assunto a scopo terapeutico i seguenti medicinali:

1)

per uso

2)

per uso

3)

per uso

prescritti dal medico

telefono/cellulare fax

dichiara di non essere allergico/a a farmaci o sostanze.

dichiara di essere allergico/a ai seguenti farmaci o sostanze:

.....

.....

Il/la sottoscritto/a rilasciando la presente, Autorizza l'Amministrazione Comunale a darne copia ai medici e ai soccorritori incaricati del servizio di assistenza medica regate, nonché ai medici ospedalieri in caso di ospedalizzazione.

In fede

FIRMA

.....
(se minore firma del genitore)

.....