Al Dirigente Scolastico

dell’Istituto Comprensivo

Pisoniano

PEC: [rmic8aj001@pec.istruzione.it](mailto:agic848001@pec.istruzione.it)

PEO: [rmic8aj001@istruzione.it](mailto:agic848001@istruzione.it)

Il/La sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nat\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_, in servizio presso questo Istituto in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ritenendo di essere in condizione di fragilità e dunque maggiormente espost\_ a rischio di contagio da SARS-CoV-2

CHIEDE

Alla S.V. di essere sottopost\_ a visita da parte del Medico Competente/Medico del Lavoro INAIL.

Il/la sottoscritt\_ si impegna a produrre la documentazione medica in suo possesso, riferita alla condizione di fragilità, al Medico Competente/Medico del Lavoro INAIL.

Si allega alla presente richiesta copia del proprio documento di identità in corso di validità.

recapiti:

* telefono/cellulare: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* indirizzo di posta elettronica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_

Pisoniano, li \_\_\_ / \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_