

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto

Indirizzo PEC

Il/La sottoscritta \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_

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

Ritenendo di essere in condizione di fragilità e dunque maggiormente esposto/a a rischio di contagio da SARS-CoV-2

CHIEDE

Alla S.V. di essere sottoposto/a 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.

Luogo e data \_\_\_\_\_

In fede

---