Al Dirigente Scolastico

dell’I.C. P.STOMEO-G.ZIMBALO

LECCE

**Oggetto**: richiesta consulenza medico competente ai fini della verifica della mia qualificazione di “lavoratore fragile”.

Il sottoscritto

Cognome ..................................................................... Nome ............................................................

Luogo di nascita .......................................................... Data di nascita .............................................

Documento di riconoscimento .................................................................

Ruolo ........................................................ (es. Docente/ATA)

Sede di lavoro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

ritengo che le mie attuali condizioni di salute mi facciano rientrare nella definizione di “lavoratore fragile” (di cui al Protocollo condiviso di contrasto e contenimento della diffusione del virus Covid-19, aggiornato il 24/04/2020)

In possesso della documentazione di cui ai punti a) e b) dell’Informativa diffusa ai dipendenti,

RICHIEDO

di avvalermi della consulenza del Medico Competente ai fini della verifica della mia qualificazione di lavoratore fragile.

I riferimenti attraverso i quali il Medico Competente potrà contattarmi sono i seguenti:

mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cell.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo e data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma leggibile dell’interessato

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