Mod.A

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo Don S.Bavaro-Marconi

Giovinazzo(BA)

baic891003@istruzione.it

Il/la sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in servizio presso Codesta istituzione scolastica in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

ritenendo di trovarsi in condizioni di “fragilità”tali che, in caso di eventuale contagio da COVID-19, potrebbero influenzare negativamente la severità e l’esito della patologia

RICHIEDE

di essere sottoposto a visita da parte del Medico Competente/Medico del Lavoro INAIL.

Il/la sottoscritt\_\_ si impegna a presentare al Medico Competente/Medico del Lavoro INAIL ladocumentazione medica in suo possesso, riferita allacondizione di fragilità,

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

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

*Firma*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*