

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.C. VIA FABIOLA

Il/la sottoscritt _____
nato/a a _____ il _____
in servizio presso Codesta istituzione scolastica Istituto 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 sottoscritto si impegna a presentare al Medico Competente/Medico del Lavoro INAIL la documentazione medica in suo possesso, riferita alla condizione di fragilità,

Si allega alla presente copia del proprio documento di identità in corso di validità e il certificato medico rilasciato dal proprio medico di base e altra documentazione utile.

Luogo e data _____

Firma
