

**ISTITUTO COMPRENSIVO “SANTA MARGHERITA”**

Via Pozzo - 98142 Giampilieri Superiore (ME)

Fax 090/610106 – Tel. 610236 090/610106

C. F. 97110520836 - Cod. Mecc. MEIC8AD002 –

e-mail: [meic8AD002@istruzione.it](mailto:meic8AD002@istruzione.it) - [meic8ad002@pec.istruzione.it](mailto:meic8ad002@pec.istruzione.it)

Al Dirigente Scolastico dell’I.C Santa Margherita

Messina

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 Covid19, 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

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