Al Dirigente Scolastico

SSIG Murialdo

Via Ordona Lavello, snc

71121 - Foggia

**OGGETTO: Richiesta consulenza medico competente ai fini della verifica della qualificazione di** “**lavoratore fragile”.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in servizio presso codesto Istituto, con la qualifica di:

* DOCENTE a T.I.
* DOCENTE a T.D.
* ATA a T.I.
* ATA a T.D.

ritiene che le proprie attuali condizioni di salute lo/la 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 all’Informativa diffusa ai dipendenti, con la presente

# SI CHIEDE

di avvalersi della consulenza del Medico Competente ai fini della verifica della qualificazione di “lavoratore fragile”.

I contatti a cui il Medico Competente potrà fare riferimento sono i seguenti:

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Foggia, il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma leggibile dell’interessato

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