AL DIRIGENTE SCOLASTICO

dell’Istituto Comprensivo

“Massari-Galilei”

BARI

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. (\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_, in servizio presso l’Istituto Comprensivo “Massari-Galilei” di Bari in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ritenendo di essere in condizioni di fragilità e dunque maggiormente esposto a rischio di contagio da SARS-CoV-2,

CHIEDE

alla S.V. di essere sottoposto a visita da parte del medico competente/medico del lavoro INAIL secondo l’art.41 comma 2 lettera c del D.lgs.81/08.

Il sottoscritto si impegna a produrre la documentazione medica in suo possesso, riferita alla condizione di fragilità, al medico competente/medico del lavoro INAIL.

Si allega alla presente richiesta copia di proprio valido documento di identità.

Bari,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In fede

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