Al Dirigente Scolastico dell'l.C…

..

**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.

Luogo e data

Firma leggibile dell’ interessato

3