

ALLEGATO

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
dell'Istituto Comprensivo
"BEATO FRANCESCO MARIA GRECO"
ACRI (CS)**

L' indirizzo mail al quale inviare l'istanza è il seguente: csic899004@istruzione.it

Il/la sottoscritt _____ nato/a a _____

il _____ in servizio presso Codesta Istituzione scolastica 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.

Luogo e data _____

Firma _____