

**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](mailto: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 \_\_\_\_\_