**MODELLO RICHIESTA DI VISITA** **PER SORVEGLIANZA SANITARIA ECCEZIONALE**

**AI SENSI DEL D.L. 19 MAGGIO 2020, N. 34**

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**LICEO DELLE SCIENZE UMANE “G.MAZZINI”**

**LOCRI**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

in servizio presso questo Istituto 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 o Medico del Lavoro INAIL.

Il sottoscritto si impegna a produrre la documentazione medica in suo possesso, riferita alla condizione di fragilità, al Medico Competente o Medico del Lavoro INAIL.

Si allega alla presente richiesta copia del proprio documento di identità in corso di validità.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In fede

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