Al Dirigente scolastico

Direzione didattica “G.Lilliu”

Il/la sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio presso Codesta istituzione scolastica Istituto in qualità di

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ritenendo di essere in condizioni di fragilità e dunque maggiormente esposto a

rischio di contagio da SARS-CoV-2

**RICHIEDE**

di essere sottoposto a visita da parte del Medico Competente. Il sottoscritto si impegna a presentare al

Medico Competente 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_