

Al Dirigente Scolastico  
dell'I.I.S.S. "A. VOLTA"  
Palermo

**Oggetto:** Richiesta consulenza medico competente ai fini della verifica della qualificazione di "lavoratore fragile" - SORVEGLIANZA SANITARIA /ACCERTAMENTO IDONEITA' AL LAVORO

Il sottoscritto

Cognome ..... Nome .....

Luogo di nascita ..... Data di nascita .....

Documento di riconoscimento .....

Ruolo ..... (es. Docente/ATA)

Sede di lavoro \_\_\_\_\_,

ritenendo che le proprie attuali condizioni di salute possano rientrare nella definizione di "lavoratore fragile" (di cui al Protocollo condiviso di contrasto e contenimento della diffusione del virus Covid-19, aggiornato il 24/04/2020)

**RICHIEDE**

di potersi avvalere della consulenza del Medico Competente ai fini della sorveglianza sanitaria e di verifica dell'idoneità al lavoro.

Luogo e data

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Firma leggibile dell'interessato

\_\_\_\_\_