**MODELLO DI RICHIESTA VISITA PER SORVEGLIANZA SANITARIA**

**Al Dirigente Scolastico**

**ISTITUTO COMPRENSIVO**

**COLLEPASSO-TUGLIE**

[leic82200b@istruzione.it](mailto:leic82200b@istruzione.it)

[leic82200b@pec.istruzione.it](mailto:leic82200b@pec.istruzione.it)

Il/la sottoscritt , nato/a a ,

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in servizio presso l’Istituto Comprensivo di Collepasso Tuglie in qualità di

□ Docente Scuola dell’Infanzia

□ Docente Scuola Primaria

□ Docente Scuola Sec. I grado

□ D.S.G.A.

□ Assistente amministrativo

□ Personale fuori ruolo

□ Collaboratore scolastico

ritenendo di essere in condizioni di fragilità e dunque maggiormente esposto a rischio di contagio da SARS-CoV-2 (ai sensi della normativa vigente),

CHIEDE

di potersi avvalere della consulenza del Medico competente per le valutazioni di sua competenza.

Il sottoscritto si impegna a produrre al Medico Competente la documentazione medica in suo possesso, riferita alla condizione di fragilità e apposita certificazione del medico curante.

I riferimenti personali di contatto sono i seguenti:

mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cell: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Luogo e data

In fede

Firma leggibile dell’interessato/a