Al Dirigente Scolastico dell’I.C. “V.PADULA”

ACRI

**Oggetto**: Richiesta consulenza medico competente ai fini della verifica della mia qualificazione di “lavoratore fragile”.

Io sottoscritto Cognome Nome

Luogo di nascita Data di nascita

Documento di riconoscimento

Ruolo (es. Docente/ATA)

Sede di lavoro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ritengo che le mie attuali condizioni di salute mi facciano 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).

**RICHIEDO**

di avvalermi della consulenza del Medico Competente ai fini della verifica della mia qualificazione di lavoratore fragile.

I riferimenti attraverso i quali il Medico Competente potrà contattarmi sono i seguenti:

mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La patologia di cui dichiaro di essere affetto è la seguente: …………………………………………

 …………………………………………………………..

Si allega la seguente documentazione sanitaria:

1) 2) ……………………………………………

3) 4) ……………………………………………

5) 6) ……………………………………………

Luogo e data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Acconsento affinchè i miei dati personali siano usati per gli scopi di cui agli Art. 9, 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 (privacy).

Consapevole delle conseguenze in caso di dichiarazioni mendaci, attesto la veridicità di quanto sopra dichiarato

Firma leggibile dell’interessato

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