

**Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto POLISPECIALISTICO SAN PAOLO**

Indirizzo PEO nais01600p@istruzione.it

Il/la sottoscritt _____ , nato 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 /Medico del Lavoro INAIL ai sensi dell'art 41, 2° lettera c) D.lgs 81/2008;

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

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

Luogo e data _____

In fede
