

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

DELL'ISTITUTO \_\_\_\_\_

INDIRIZZO PEO/PEC \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a 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

Il/la sottoscritto/a **si impegna a produrre al Medico competente/Medico del Lavoro Inail la documentazione medica in suo possesso riferita alla condizione di fragilità**

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

Luogo e data \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_