

Allegato 1. Modello richiesta di visita



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE

"Padre Pio da Pietrelcina"

Via Vittorio Veneto n. 79 – 97014 ISPICA (RG)

Segreteria: tel./fax 0932-950136-Direzione: tel. 0932-793318-C. F. 90026030883

E-mail rgic83000c@istruzione.it - pec: RGIC83000C@PEC.ISTRUZIONE.IT

Indirizzo web: www.istitutopadrepioispica.edu.it



Al Dirigente Scolastico

dell'Istituto _____

Indirizzo PEO/PEC _____

Il/la sottoscritto/a _____ , 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.

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