

**OGGETTO:**

Richiesta visita presso il Medico Competente (ex Art. 41 D.lgs 81/08) ai fini della gestione del "lavoratore /lavoratrice fragile".

Io sottoscritto/a Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Documento di riconoscimento \_\_\_\_\_

Ruolo:

Docente

Assistente Amministrativo

Collaboratore Scolastico

DSGA

Sede di lavoro

\_\_\_\_\_

**RITENGO**

che le mie attuali condizioni di salute mi facciano rientrare nella definizione di "Lavoratore fragile" (ai sensi della normativa vigente).

In possesso della documentazione medica relativa alla condizione di fragilità (sulla base del certificato dal mio Medico Curante) che mi impegno a presentare al Medico Competente,

**RICHIEDO**

di avvalermi della consulenza del suddetto Medico per le valutazioni che riterrà opportune. I riferimenti attraverso i quali il Medico Competente potrà contattarmi sono i seguenti:  
mail:

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

Informato della finalità (prevenzione dal contagio da COVID-19), della base giuridica (implementazione dei protocolli di sicurezza anti-contagio ai sensi dell'art. 1, n. 7, lettera d) del DPCM 11 marzo 2020) e delle conseguenze di tale azione (comunicazione al Datore di Lavoro dell'appartenenza a tale categoria, nel rispetto del segreto professionale), presto il mio consenso al trattamento dei dati personali e/o sanitari, per ottemperare a quanto previsto dal DCPM 08.03.2020 per la salvaguardia e tutela della mia salute e alla conservazione degli stessi fino al termine dello stato d'emergenza.

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

Luogo e data

Firma leggibile dell'interessato/a