**Al Dirigente Scolastico**

**Dell’IISS “Ferraris De Marco Valzani”**

**Indirizzo PEC:** [**bris01400x@pec.istruzione.it**](mailto:bris01400x@pec.istruzione.it)

**Indirizzo PEO:** [**bris01400x@istruzione.it**](mailto:bris01400x@istruzione.it)

Il/la sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio presso questo istituto in qualità di

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ritenendo di essere in condizioni di fragilità e dunque

maggiormente esposta 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 corsi di validità.

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

In fede

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