* Al Medico Competente

“I.C. Comparoni” Bagnolo

Dott.ssa Erika Mora

erikamora08@gmail.com

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 esposto a rischio di vulnerabilità in caso di contagio da SARS-Cov-2

**CHIEDE**

Al Medico Competente di essere sottoposto a **visita medica su richiesta del lavoratore.**

Il sottoscritto consensualmente **invierà documentazione medica** in suo possesso (riferita alla condizione di fragilità) **esclusivamente al Medico Competente.**

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

 In fede

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