

Al Dirigente Scolastico
del Leonardo da Vinci
Vairano

Io sottoscritto/a _____, nato/a il _____, a _____

(_), residente a _____ (____) in via _____ n. _____, in servizio

presso codesto istituto, in qualità di _____ con

contratto a tempo determinato indeterminato, ritengo che le mie attuali condizioni di salute mi facciano rientrare nella definizione di "lavoratore fragile" (di cui al punto 3.1 della circolare interministeriale n. 13 del 04-09-2020).

RICHIEDO

di avvalermi della consulenza del Medico Competente ai fini della verifica della mia qualificazione di lavoratore fragile.

I riferimenti attraverso i quali il Medico Competente potrà contattarmi sono i seguenti:

email: _____

Cell.: _____

Mi impegno a fornire al Medico la seguente documentazione:

- a)** certificazione del proprio medico curante attestante la/le patologia/e con indicazione della terapia prescritta ed attualmente in corso, e, ove possibile, i referti di visite specialistiche che attestino le patologie oggetto della richiesta;
- b)** certificazione di invalidità (qualora ottenuta), rilasciato dalla competente Commissione medica INPS;

Data _____

Firma del lavoratore _____