

Al Dirigente scolastico dell' I.C. "G. Caloprese"

di SCALEA

OGGETTO: Richiesta consulenza Medico competente ai fini della verifica di "lavoratore fragile".

Il sottoscritto

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ (__) Data nascita _____

Qualifica _____

Avendo un'età superiore ai 55 anni ed essendo in possesso della documentazione di cui ai punti (barrare la casella interessata) dell'informativa diffusa ai dipendenti - prot. N. 5594 del 26/08/2020:

- a) ☐
- b) ☐

Ritiene di rientrare nella definizione di "lavoratore fragile", così come previsto dalle disposizioni di legge e dal Protocollo di contrasto alla diffusione del Covid-19. Pertanto,

Richiede

Di essere sottoposto a verifica da parte del Medico competente, ai fini dell'accertamento della qualifica di "lavoratore fragile".

Il sottoscritto autorizza espressamente il Medico competente al trattamento dei dati sanitari di cui sopra, la cui documentazione sarà esibita in originale nel corso della visita medica, consapevole che la mancata autorizzazione al trattamento dei propri dati renderà impossibile l'espletamento dell'accertamento richiesto.

Fornisce, inoltre, i seguenti riferimenti per i contatti da parte del Medico competente:

e-mail _____

cell. _____

Scalea, lì _____

Firma _____