*Allegato n.1*

# Al Dirigente Scolastico dell’I.C. Lombardo Radice- Pappalardo

**di Castelvetrano**

**Oggetto**: richiesta consulenza medico competente ai fini della verifica della qualificazione di “lavoratore fragile”.

Il/La sottoscritto/a

Cognome ................................................................... Nome………………………………………….

Luogo di nascita ........................................................ Data di nascita ............................................. ....

Documento di riconoscimento ………………………………………………………………………..

Ruolo…………………………. (es. Docente/ATA) Cl. Concorso(solo per docenti) ……………...

Sede di lavoro ……………………………………………………………………………………….

ritenendo che le proprie attuali condizioni di salute determinino l’inserimento nella categoria di “lavoratore fragile” (di cui al Protocollo condiviso di contrasto e contenimento della diffusione del virus Covid-19, aggiornato il 24/04/2020) e in possesso della documentazione di cui ai punti a) e/o

b) dell’Informativa diffusa ai dipendenti,

CHIEDE

la consulenza del Medico Competente ai fini della verifica della qualificazione di lavoratore fragile. I recapiti utili per i contatti con il Medico Competente sono i seguenti:

mail: Cell.:

Luogo e data

, lì

Firma leggibile dell’interessato