Al Dirigente Scolastico

IPSEOA "GAGLIARDI"IIS DE FILIPPIS PREST

**OGGETTO: richiesta visita medica Medico Competente ai fini della verifica della qualificazione** **di “lavoratore fragile”**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in servizio presso Codesta Istituzione Scolastica in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
ritenendo di trovarsi in condizioni di "fragilità"

**RICHIEDE**

di avvalersi della consulenza del Medico Competente ai fini della verifica della qualificazione di "lavoratore fragile".

Il/La sottoscritto/a si impegna a presentare al Medico Competente la documentazione medica in suo possesso, riferita alla condizione di fragilità.

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

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_