

OGGETTO: Sorveglianza sanitaria eccezionale - Lavoratori "fragili".

Il/La sottoscritto/a NOME _____ COGNOME _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____ C.F. _____

residente in _____ prov. _____ via/piazza _____

cap _____ DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO (tipo e numero) _____ / _____ in

servizio per l'a.s. 2020/2021 presso questo Istituto in qualità di:

docente infanzia docente primaria docente secondaria ATA

in riferimento alla comunicazione prot. n. 4210 del 07/09/2020 di cui in oggetto,

CHIEDE

al Dirigente scolastico di essere sottoposto a visita da parte del Medico Competente dell'Istituto.

Per le finalità precisate, comunica:

- Numero di telefono _____
- Indirizzo email _____

Si impegna, altresì, a rendere la documentazione medico-sanitaria direttamente al Medico Competente.

I dati riportati nel presente modello saranno trasmessi al Medico Competente individuato dall'Istituto.

Il/La sottoscritto/a ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679 autorizza il trattamento dei dati personali.

Si allega copia di un documento d'identità in corso di validità.

Reggio C., _____

Firma
