

Al Dirigente Scolastico

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

a _____ (____), residente a _____

(____) in via _____ n. _____,

dipendente da codesto Istituto, con qualifica di _____

ritengo che le mie attuali condizioni di salute mi facciano rientrare nella definizione di "lavoratore fragile"

In possesso della documentazione di cui ai punti a) e b) dell'Informativa "Lavoratori Fragili"

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:

mail: _____

Cell.: _____

_____, li _____

Firma del lavoratore
