

**Al Dirigente Scolastico**  
**dell'Istituto** \_\_\_\_\_

**Indirizzo PEO/PEC** \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritt\_\_\_\_\_ , nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ , in servizio presso questo Istituto in qualità di \_\_\_\_\_  
ritenendo di essere in condizioni di fragilità e dunque maggiormente esposto a rischio di contagio da SARS-CoV-2

**CHIEDE**

alla S.V. di essere sottoposto a visita da parte del Medico Competente /Medico del Lavoro INAIL.

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

Si allega alla presente richiesta copia del proprio documento di identità in corso di validità.

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

In fede

\_\_\_\_\_