ALLEGATO alla C.I. n.196 Sant’Angelo Lodigiano, 24 maggio 2020

**Alla Dirigente Scolastica**

**Dell’IIS di Sant’Angelo Lodigiano**

**Indirizzo PEO**

**LOIS00200V@ISTRUZIONE.IT**

Il/la sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

nata/o 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.

La sottoscritta/ 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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_