**Allegato 1**

**Al Dirigente Scolastico dell**’**I.C T.TASSO di BISACCIA.**

# Oggetto: richiesta consulenza medico competente ai fini della verifica della situazione di “lavoratore fragile”.

Il sottoscritto

Cognome ................................................................... Nome............................................................

Luogo di nascita ......................................................... Data di nascita .............................................

Documento di riconoscimento .................................................................

Ruolo (es. Docente/ATA)

Sede di lavoro ,

ritenendo che le proprie attuali condizioni di salute possano rientrare nella definizione di “**lavoratore fragile”** *(di cui al Protocollo condiviso di contrasto e contenimento della diffusione del virus Covid-19, aggiornato il 24/04/2020),*

essendo in possesso della documentazione di cui ai punti a) e b) esplicitata all’interno dell’avviso in questione,

# RICHIEDE

di avvalersi della consulenza del Medico Competente ai fini della verifica della condizione di

# “lavoratore fragile”.

I riferimenti attraverso i quali il Medico Competente potrà contattarmi sono i seguenti: E-mail:……………………………………………………….

Cell.: ……………………………………………….

Luogo e data \_

Firma leggibile dell’interessato