

**Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto I.C. "Settanni – Manzoni"
Rutigliano (BA)**

Il/la sottoscritt _____ , nato a _____
il _____ , in servizio presso questo Istituto in qualità di

☐ personale docente

☐ personale amministrativo / ausiliario

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 per accertare l'eventuale condizione di fragilità e le misure connesse alla sua compensazione.

A tal fine dichiara di essere reperibile, da parte del Medico competente, ai seguenti contatti:

tel. _____

cell. _____

email _____

Il sottoscritto si impegna a produrre, solo in sede di visita ed esclusivamente al Medico competente, la documentazione sanitaria in suo possesso.

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

Luogo e data

In fede

Il sottoscritto, ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D.lgs. n. 196/2003 e del GDPR 679/2016, con la sottoscrizione del presente modulo, acconsente al trattamento dei dati personali per i fini connessi alla presente pratica.