Allegato: Modello richiesta avvio sorveglianza sanitaria eccezionale

 **Al Dirigente Scolastico**

 **dell’I.I.S. “I. Morra”**

 **Matera**

**Trasmissione a mezzo pec****mtis009001@pec.istruzione.it**

**Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,nato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ivi residente alla via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in servizio presso questo Istituto Scolastico in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ritenendo di essere in condizioni di fragilità con conseguente maggior esposizione al rischio di contagio da COVID-19,**

**CHIEDE**

**ai sensi e per gli effetti delle disposizioni di cui al D.L. n.34/2020 di essere avviato alla sorveglianza sanitaria eccezionale ed essere sottoposto a visita dal Medico del Lavoro competente convenzionato con la istituzione scolastica.**

**Il sottoscritto/a si impegna a fornire al Medico incaricato tutta la documentazione medico-sanitaria attestante la condizione di fragilità ed ogni altra utile e necessaria informativa.**

**Allega, alla presente, copia del documento di identità in corso di validità.**

**Matera\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**