

**Oggetto: richiesta consulenza medico competente ai fini della verifica della qualificazione di "lavoratore fragile".**

Il sottoscritto

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

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

Documento di riconoscimento .....

Ruolo ..... (es. Docente/ATA)

Sede di lavoro \_\_\_\_\_,

ritengo che le mie attuali condizioni di salute mi facciano rientrare nella definizione di "lavoratore fragile" (di cui al Protocollo condiviso di contrasto e contenimento della diffusione del virus Covid19, aggiornato il 24/04/2020)

In possesso della documentazione di cui ai punti a) e b) dell'Informativa diffusa ai dipendenti,

**RICHIEDO**

di avvalermi della consulenza del Medico Competente ai fini della verifica della mia qualificazione di lavoratore fragile.

I riferimenti attraverso i quali il Medico Competente potrà contattarmi sono i seguenti:

mail: \_\_\_\_\_

Cell.: \_\_\_\_\_

Luogo e data

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Firma leggibile dell'interessato

\_\_\_\_\_