

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

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

In servizio presso codesto Istituto in qualità di \_\_\_\_\_

ritenendo di trovarsi in condizioni di "fragilità" tali che, in caso di eventuale contagio da COVID-19, potrebbero influenzare negativamente la severità e l'esito della patologia

### **RICHIEDE**

Di essere sottoposto a visita da parte del Medico Competente.

Il sottoscritto si impegna a presentare al Medico Competente la documentazione medica in suo possesso, riferita alla condizione di fragilità.

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

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_