MODULO PER LA RICHIESTA ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA FINALIZZATA ALL’ATTIVAZIONE DELLA SORVEGLIANZA SANITARIA PER IL RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI LAVORATORE FRAGILE

Modulo da inviare agli indirizzi [bgic8ab003@istruzione.it](mailto:bgic8ab003@istruzione.it) e [dirigente@icmorodalmine.it](mailto:dirigente@icmorodalmine.it)

Io sottoscrtto/a (cognome e nome) …………………………………………………………………………………………………..…..

Indirizzo e-mail ………………………………………………………………………. N. tel. …………………………………………………..

Docente/Collaboratore scolastico/assistente amministrativo operante nel plesso:

* della scuola dell’infanzia B. Molla/Don Piazzoli/Manzù/Rodari
* della scuola primaria Alighieri/De Amicis
* della scuola secondaria di primo grado Moro

CHIEDO che venga attivata nei miei confronti la sorveglianza sanitaria da parte del medico competente, finalizzata alla valutazione dello stato di lavoratore/lavoratrice fragile.

Dichiaro di aver preso visione della [circolare del ministero dell'istruzione n. 1585 dell'11 settembre 2020](https://www.icmorodalmine.edu.it/wp-content/uploads/2020/10/nota-1585-dell-11-settembre-2020-indicazioni-operative-procedure-lavoratori-fragili-contratto-a-tempo-indeterminato-e-determinato-1.pdf).

Sono a conoscenza del fatto che non devo inviare alcuna documentazione medica alla scuola, ma che fornirò al medico competente, al momento della visita medesima, la documentazione medica relativa alle pregresse patologie diagnosticate, a supporto della valutazione del medico stesso.

Luogo e data

……………………………………………………………

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_