Allegato

**Al Dirigente Scolastico**

**Istituto Comprensivo 2 Udine**

Il/la sottoscritto/a , nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il , in servizio presso questo Istituto in qualità di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ritenendo di essere in condizioni di fragilità e dunque maggiormente esposto a rischio di contagio da SARS- CoV-2

CHIEDE

di essere sottoposto a visita da parte del Medico Competente .

A tale fine, il/la sottoscritto/a si impegna a produrre la documentazione medica in suo possesso, riferita alla condizione di fragilità, al Medico Competente (la documentazione non dovrà essere trasmessa a scuola) e fornisce il numero di telefono per il contatto da parte del Medico Competente

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

**Luogo e data**

***In fede***