

Allegato C

Modulo richiesta sorveglianza sanitaria

**Al Dirigente Scolastico
Della Direzione Didattica 1 Circolo "Giovanni XXIII"
di Sciacca**

agee034005@istruzione.it

Il/la sottoscritt_____ , 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

alla S.V. di essere sottoposto a visita da parte del Medico Competente.

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

Recapiti:

email: _____

Tel/Cell: _____

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

Luogo e data _____

In fede
