**Modello richiesta di visita** **per sorveglianza sanitaria eccezionale**

**ai sensi del D.L. 19 maggio 2020, n. 34**

**Al Dirigente Scolastico**

**del Liceo Marconi**

**Foggia**

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.

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

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

In fede

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