MODULO DI RICHIESTA VISITA

PER SORVEGLIANZA SANITARIA

Al Dirigente Scolastico

dell’IC “ Don Bosco” di Francavilla in Sinni

pzic878004@istruzione.it

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 a rischio contagio da SARS-Cov-2,

CHIEDE

di essere sottoposto/a a visita da parte del Medico Competente.

Il/la sottoscritto/a allega:

- copia del documento di identità in corso di validità.

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

In fede

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