**Al Dirigente Scolastico dell’ I.C. “E. Schiaparelli”**

**Oggetto**: richiesta consulenza medico competente ai fini della verifica della mia qualificazione di “lavoratore fragile”.

Io sottoscritto

Cognome Nome……………………………………………………………

Luogo di nascita Data di nascita ……………………………………………..

Documento di riconoscimento …..........................................................................................................

Ruolo …………………………………………….. (es. Docente/ATA) Sede di lavoro .............................................

**ritengo che le mie attuali condizioni di salute mi facciano rientrare nella definizione di “lavoratore fragile”**

In possesso della documentazione richiesta dall’Informativa diffusa ai dipendenti,

**RICHIEDO**

**di avvalermi della consulenza del Medico Competente ai fini della verifica della mia qualificazione di lavoratore fragile.**

I riferimenti attraverso i quali il Medico Competente potrà contattarmi sono i seguenti:

mail: …………………………………………………………………….. (inserire mail istituzionale)

Cell.: ………………………………………………………………………

Luogo e data …………………………………., lì …………………………………………..

 Firma leggibile dell’interessato

………………………………………………………………………..