



## ISTITUTO COMPRENSIVO “ERNESTO SCHIAPARELLI”

Sede Via Roma, 7 – 13897 – Occhieppo Inferiore (BI) - Telefono: 015 2595067

Sedi staccate: Occhieppo Superiore, Pollone, Sordevolo

PEC: [biic80900x@pec.istruzione.it](mailto:biic80900x@pec.istruzione.it) – Posta ordinaria: [biic80900x@istruzione.it](mailto:biic80900x@istruzione.it)

WEB: [www.icocchieppoinferiore.it](http://www.icocchieppoinferiore.it)

### COMUNICAZIONE N. 8

*Al Personale Docente*

*Al Personale A.T.A.*

*Al RLS*

*p.c. al RSPP e al MC*

**Oggetto: Informativa lavoratori fragili (art.41 D.Lgs 81/08)**

Le “**Indicazioni strategiche ad interim per preparedness e readiness ai fini di mitigazione delle infezioni da SARS-CoV-2**” per l’anno scolastico 2022-23, evidenziano la necessità di garantire la continuità scolastica in presenza e di prevedere il minimo impatto delle misure di mitigazione sulle attività scolastiche.

Alla fine dello stato di emergenza da covid-19, i dati epidemiologici hanno mostrato chiaramente una maggiore fragilità nelle fasce di età più elevate della popolazione nonché in presenza di alcune tipologie di malattie cronico degenerative (ad es. patologie cardiovascolari, respiratorie e dismetaboliche) che in caso di comorbilità con l’infezione possono influenzare negativamente la severità e l’esito della patologia.

Pertanto il Dirigente Scolastico ha l’obbligo di attuare per i lavoratori che rientrano nella condizione di fragilità (come indicato nel decreto interministeriale del 04/02/2022, che si allega al presente documento) delle misure aggiuntive di prevenzione e protezione del rischio di contagio dal virus Covid-19 da stabilire in collaborazione con il medico competente.

In quest’ottica, è dunque opportuno che i lavoratori interessati rappresentino al medico competente l’eventuale sussistenza di patologie e richiedere visita medica di cui all’art. 41 c. 1 lett. c. (c.d. visita a richiesta del lavoratore), corredata da documentazione medica relativa alla patologia diagnosticata.

Pertanto, si raccomanda a tutti i nuovi lavoratori assunti, che ritengano di poter rientrare in situazioni di fragilità di presentare formale richiesta al Dirigente scolastico di visita medica ai sensi dell’art. 41, c.1 lett. c Dlgs 81/2008 (vedi modello ALLEGATO 1).

Il Medico Competente, dall’esame della certificazione sanitaria, o dalle risultanze dell’eventuale visita medica, trasferirà al Dirigente scolastico, nel pieno rispetto della normativa sulla tutela della privacy, i nominativi dei “lavoratori fragili” al fine di adottare gli adeguati strumenti di tutela che possono essere indicati dallo stesso MC.

Si fa presente che in NESSUN CASO il Lavoratore deve segnalare al Dirigente scolastico la specifica patologia/condizione di cui è portatore.

**Il Dirigente Scolastico**

Aldo Ferdani

Firma autografa sostituita a mezzo  
stampa ai sensi dell’art. 3 comma 2 del D.L. 39/93



**ISTITUTO COMPRENSIVO “ERNESTO SCHIAPARELLI”**

**Sede** Via Roma, 7 – 13897 – Occhieppo Inferiore (BI) - Telefono: 015 2595067

**Sedi staccate:** Occhieppo Superiore, Pollone, Sordevolo

PEC: [biic80900x@pec.istruzione.it](mailto:biic80900x@pec.istruzione.it) – Posta ordinaria: [biic80900x@istruzione.it](mailto:biic80900x@istruzione.it)

WEB: [www.icocchieppoinferiore.it](http://www.icocchieppoinferiore.it)

**ALLEGATO 1 da inviare a \_\_\_\_\_ entro il \_\_\_\_\_**

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

IC \_\_\_\_\_

**OGGETTO:** richiesta consulenza Medico Competente ai fini della verifica della qualificazione di “lavoratore fragile”

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ Prov (\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

in servizio presso Codesta Istituzione Scolastica in qualità di \_\_\_\_\_

ritenendo di trovarsi in condizioni di “fragilità” (Decreto interministeriale del 4 febbraio 2022) tali che, in caso di eventuale contagio da COVID-19, potrebbero influenzare negativamente la severità e l’esito della patologia,

**RICHIEDE**

di avvalersi della consulenza del Medico Competente ai fini della verifica della qualificazione di “lavoratore fragile”.

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

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

*Firma*

---