

Al Dirigente Scolastico

Istituto Globale Sant'Antioco

Il sottoscritto _____, in servizio presso questa Istituzione Scolastica con rapporto di lavoro

T.I. T.D.

PROFILO PROFESSIONALE

DOCENTE
ASSISTENTE AMMINISTRATIVO
ASSISTENTE TECNICO
COLLABORATORE SCOLASTICO

CHIEDE

di essere sottoposto a visita medica attraverso l'attivazione della sorveglianza sanitaria per l'accertamento dell'idoneità professionale allo svolgimento delle mansioni previste dal proprio profilo professionale relativamente al periodo di emergenza sanitaria causa Covid 19

SI IMPEGNA

a fornire al Medico Competente tutta la documentazione medica relativa alle pregresse patologie diagnosticate.

Sant'Antioco, _____

Firma richiedente _____