

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 diagnostiche.

Sant'Antioco, \_\_\_\_\_

Firma richiedente \_\_\_\_\_