Modello richiesta di visita per sorveglianza sanitaria eccezionale
ai sensi del D.L. 19 maggio 2020, n. 34

Al Medico Competente
dell'Istituto Comprensivo Via Palestro – Abbiategrasso (MI)
Dott.ssa Laura Garavaglia

email laura.garavaglia@crs.lombardia.it

Il/la sottoscritt__ _____ , nato a _____
il _____ , in servizio presso questo Istituto in qualità di _____
ritenendo di essere in condizioni di fragilità e dunque maggiormente esposto a rischio di contagio da SARS-CoV-2

CHIEDE

alla S.V. di essere sottoposto a visita da parte del Medico Competente o Medico del Lavoro INAIL.

Il sottoscritto si impegna a produrre la documentazione medica in suo possesso, riferita alla condizione di fragilità, al Medico Competente o Medico del Lavoro INAIL.

Si allega alla presente richiesta copia del proprio documento di identità in corso di validità.

Luogo e data _____

In fede

_____