

******

***ISTITUTO COMPRENSIVO “RENATO GUTTUSO”***

*Via Ischia n. 2 90044 –Villagrazia di Carini (Pa)*

*Telefono 091/8674901-Fax.091/8676907*

*Email:* *paic86000d@istruzione.it**paic86000d@pec.istruzione.it*

[*www.icguttuso.edu.it*](http://www.icguttuso.edu.it)

**Al Dirigente Scolastico**

**dell’ICS R. Guttuso**

**Villagrazia di Carini (PA)**

paic86000d@istruzione.it

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

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

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

In fede

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_