**EMERGENZA COVID-19 SITUAZIONI DI PARTICOLARE FRAGILITÀ**

**E PATOLOGIE ATTUALI O PREGRESSE**

**Al Dirigente Scolastico**

**dell’ICS R. Guttuso**

**Villagrazia di Carini (PA)**

[paic86000d@istruzione.it](about:blank)

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 dicontagio da SARS-CoV-2

**CHIEDE**

alla S.V. di essere sottoposto a visita da parte del Medico Competente. Il/la sottoscritto/a si impegna a produrre la documentazione medica in suo possesso, riferita alla condizione di fragilità, al Medico Competente.

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

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

In fede

*Il lavoratore dà conferma delle notizie fornite e di essere stato informato che il trattamento dati è finalizzato alla prevenzione del contagio da Covid-19 anche per l’implementazione dei protocolli di sicurezza anti-contagio e che la durata della conservazione dei dati è fino al termine dello stato di emergenza ed è stato informato che i dati saranno trattati esclusivamente per finalità di prevenzione al contagio ed a sua tutela.*

*Il/la sottoscritto/a, acquisite le informazioni previste dalla normativa vigente sulla privacy, acconsente al trattamento dei propri dati personali, necessario per adempiere a specifici obblighi previsti in materia di igiene e prevenzione del lavoro, con finalità esclusivamente connesse alla tutela della salute del lavoratore sul luogo di lavoro, dichiarando di avere avuto, in particolare, conoscenza che i dati medesimi rientrano nel novero dei dati "sensibili"; acconsentendo così anche a che i dati siano trattati in modo anonimo e collettivo a scopo scientifico al fine di una migliore valutazione dei rischi lavorativi.*

*Il titolare dei dati è il Datore di Lavoro ed il responsabile del trattamento dei dati è il Medico Competente*

Il Dipendente

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