Al Dirigente scolastico

 del Liceo Scientifico Statale “E. Fermi”

 (inviare esclusivamente all’indirizzo: sorveglianzasanitaria@liceofermiaversa.edu.it)

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( \_), residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_) in via n. \_\_\_\_, in servizio presso codesto istituto, in qualità di con contratto a tempo (determinato/indeterminato) , ritengo che le mie attuali condizioni di salute mi facciano rientrare nella definizione di “lavoratore fragile” (di cui al punto 3.1 della circolare interministeriale n. 13 del 04-09-2020).

Pertanto, allegando la seguente documentazione:

**a)** certificazione del proprio medico curante attestante la/le patologia/e con indicazione della terapia prescritta ed attualmente in corso, e, ove possibile, i referti di visite specialistiche che attestino le patologie oggetto della richiesta;

**b)** certificazione di invalidità (qualora ottenuta), rilasciato dalla competente Commissione medica INPS;

**RICHIEDO**

**di avvalermi della consulenza del Medico Competente ai fini della verifica della mia qualificazione di lavoratore fragile.**

I riferimenti attraverso i quali il Medico Competente potrà contattarmi sono i seguenti:

email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cell.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, li

Firma del lavoratore