  

|  |  |
| --- | --- |
|  | Istituto Comprensivo “Giovanni Lilliu”  Sede: Via Garavetti, 1 - 09129 Cagliari § Tel. 070/492737 § Tel. “Alfieri” 070.305719  Cod. Mecc. CAIC8GA002 § Cod. Fisc. 92280270924 § CUU UFWG7K  Mail [caic8ag002@istruzione.it](mailto:caic8ag002@istruzione.it) - [caic8ag002@pec.istruzione.it](mailto:%20caic8ag002@pec.istruzione.it) §  Sito [www.icgiovannililliu.edu.it](http://www.icgiovannililliu.edu.it) |

Al Dirigente scolastico

Istituto Comprensivo “G.Lilliu”

Il/la sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio presso Codesta istituzione scolastica Istituto in qualità di

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ritenendo di essere in condizioni di fragilità e dunque maggiormente esposto a

rischio di contagio da SARS-CoV-2

**RICHIEDE**

di essere sottoposto a visita da parte del Medico Competente. Il sottoscritto si impegna a presentare al

Medico Competente la documentazione medica in suo possesso, riferita alla condizione di fragilità.

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

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