Al Dirigente Scolastico

 dell’I.S.I.S.S. Taddeo da Sessa

Sessa Aurunca

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).

**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.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mi impegno a fornire al Medico la seguente documentazione:

1. 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;
2. certificazione di invalidità (qualora ottenuta), rilasciato dalla competente Commissione medica INPS;

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del lavoratore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_