**ALLEGATO 1 – Personale scolastico**

Al Dirigente Scolastico

IIS ITAS ITC

Corigliano Rossano (CS)

[csis04600q@istruzione.it](mailto:csis04600q@istruzione.it)

**OGGETTO: Richiesta di attivazione della “sorveglianza sanitaria eccezionale” ai sensi dell’art. 83 D.L. 19/05/2020 n. 34 e sua legge di conversione del 17/07/2020 n. 77 – Personale Docente e ATA.**

Il/La Sig./Sig.ra

Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data di nascita (GG/MM/AAAA) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nazionalità \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email/Pec \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In qualità di □ docente □ personale ATA titolare e/o in servizio per l’a.s. 2020/2021 presso l’IIS ITAS ITC di Corigliano Rossano (CS)

**PRESO ATTO**

della circolare interna prot. n. 5715 del 05/09/2020

**CHIEDE**

al dirigente scolastico in indirizzo, in qualità di datore di lavoro, **l’attivazione della “sorveglianza sanitaria eccezionale” ai sensi dell’art. 83 d.l. 19/05/2020 n. 34 e sua legge di conversione del 17/07/2020 n. 77** e, in particolare, di essere sottoposto a visita da parte del Medico Competente ovvero del Medico del Lavoro presso la struttura INAIL territorialmente competente in quanto lavoratore in situazione di fragilità come risulta dal certificato del proprio MMG allegato alla presente istanza.

Luogo e data

In Fede

Firma leggibile del lavoratore

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