|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Immagine correlata | logo  **1° ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE**  **Via Marchese di Sangiuliano, 51**  **ACIREALE (CT)**  www.primocomprensivoacireale.edu.it  e-mail: ctic8at00b@istruzione.it  PEC: CTIC8AT00B@PEC.ISTRUZIONE.IT  Tel. 095/604600 – Fax 095/606641Cod.Fisc. 81001970870  Cod.Mecc. CTIC8AT00B |  |

Al Dirigente Scolastico

Del Primo Istituto Comprensivo

Di Acireale (CT)

Indirizzo PEO: marilena.scavo@istruzione.it

Il/la sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , in servizio presso questo Istituto in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ritenendo di essere in condizioni di fragilità e dunque maggiormente esposto a rischio di contagio da COVID-19,

**CHIEDE**

alla S.V. di essere sottoposto a visita da parte del Medico Competente.

Il sottoscritto si impegna a produrre ed inviare 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

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