Al Dirigente Scolastico

I.I.S. D.A. AZUNI

Cais00200c@istruzione.it

Il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in servizio presso questa Istituzione Scolastica con rapporto di lavoro □ T.I. □ T.D.

**PROFILO PROFESSIONALE**

DOCENTE □

ASSISTENTE AMMINISTRATIVO □

ASSISTENTE TECNICO □

COLLABORATORE SCOLASTICO □

**CHIEDE**

di essere sottoposto a visita medica attraverso l'attivazione della sorveglianza sanitaria per l'accertamento dell'idoneità professionale allo svolgimento delle mansioni previste dal proprio profilo professionale relativamente al periodo di emergenza sanitaria causa Covid 19

**SI IMPEGNA**

a fornire al Medico Competente tutta la documentazione medica relativa alle pregresse patologie diagnosticate.

Cagliari, Firma richiedente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_