

Oggetto: richiesta consulenza medico competente ai fini della verifica della mia qualificazione di
“lavoratore fragile”.

Il sottoscritto

Cognome Nome.....

Luogo di nascita Data di nascita

Documento di riconoscimento

Ruolo (es. Docente/ATA)

Sede di lavoro _____,

ritengo che le mie attuali condizioni di salute mi facciano rientrare nella definizione di “lavoratore
fragile” (di cui al Protocollo condiviso di contrasto e contenimento della diffusione del virus Covid-
19, aggiornato il 24/04/2020)

In possesso della documentazione di cui ai punti a) e b) dell’Informativa diffusa ai dipendenti,

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:

mail: _____

Cell.: _____

Luogo e data

_____, li _____

Firma leggibile dell’interessato
