

**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

\_\_\_\_\_