

Io sottoscritto/a _____, nato/a il _____,
a _____ (____), residente a _____
_____ (____) in via _____ n. _____,
dipendente del Ministero dell'Istruzione, Ufficio Scolastico Regionale per l'Emilia-Romagna con
qualifica di _____ e mansione di
_____, Sede di lavoro
_____, ritengo che le mie attuali condizioni di salute mi facciano
rientrare nella definizione di *"lavoratore fragile"* (di cui al punto 12 del 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.: _____

_____, li _____

Firma del lavoratore
