



## SCUOLA STATALE DI I GRADO "Italo Calvino" - PIACENZA

Sede "Don Lorenzo Milani" Via Boscarelli 23 - Piacenza - tel. 0523 711562  
Sede "Angelo Genocchi" Via Stradella 51 - Piacenza - tel. 0523 480496  
e-mail: [pcmm00400b@istruzione.it](mailto:pcmm00400b@istruzione.it) - e-mail certificata: [pcmm00400b@pec.istruzione.it](mailto:pcmm00400b@pec.istruzione.it)  
Codice Fiscale: 91061470331

Prot. n. vedere segnatuta

**A tutto il personale dell'Istituto  
Agli Atti della Scuola**

**Oggetto:** Avvio sorveglianza sanitaria eccezionale ai sensi del D.L. 19 maggio 2020, n. 34

L'art. 83 del D.L. 19 maggio 2020, n. 34 dispone l'avvio della "sorveglianza sanitaria eccezionale dei lavoratori maggiormente esposti a rischio contagio, in ragione dell'età o della condizione di rischio derivante da immunodepressione, anche da patologia COVID-19, o da esiti di patologie oncologiche o dallo svolgimento di terapie salvavita o comunque da comorbidità che possono caratterizzare una maggiore rischiosità".

Nel "Protocollo condiviso di regolazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus Covid-19 negli ambienti di lavoro", pubblicato da INAIL il 23/04/2020, la sorveglianza sanitaria eccezionale viene prefigurata con riferimento ai lavoratori con età superiore a 55 anni, o al di sotto di tale età ma che ritengano di rientrare, per condizioni patologiche, in tale situazione.

Pertanto, tutti i lavoratori in servizio presso questa Istituzione Scolastica che ritengono di essere in condizioni di fragilità, entro il termine di cinque giorni dalla data di pubblicazione del presente documento, dovranno richiedere al Dirigente Scolastico di essere sottoposti a visita da parte del medico del lavoro INAIL.

La richiesta dovrà pervenire all'indirizzo di posta elettronica dell'Istituto (casella PEO oppure PEC), secondo il modello allegato.

La richiesta dovrà essere corredata da copia del proprio documento di identità in corso di validità.

Cordiali saluti

**Il Dirigente Scolastico  
Elisabetta Ghiretti**

(firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi  
e per gli effetti dell'art.3 c.2 del D.Lgs. 39/93)

Allegato: modello richiesta di visita

**Al Dirigente Scolastico  
della SMS Calvino**

indirizzo PEO: [pcmm00400b@istruzione.it](mailto:pcmm00400b@istruzione.it)

oppure

indirizzo PEC: [pcmm00400b@pec.istruzione.it](mailto:pcmm00400b@pec.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 SARS-CoV-2

**CHIEDE**

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

Il sottoscritto si impegna a produrre la documentazione medica in suo possesso, riferita alla condizione di fragilità, al Medico del Lavoro INAIL.

Si allega alla presente richiesta copia del proprio documento di identità in corso di validità.

Luogo e data \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_