

OGGETTO: sorveglianza sanitaria eccezionale ai sensi dell'art. 83 del D.L. 19 maggio 2020

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ prov.(__) il _____
C.F. _____ residente in _____
_____ prov.(____)via/piazza _____
cap _____

DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO (tipo e numero) _____/ _____

in servizio per l'a.s. 2020/2021 presso questo Istituto in qualità di:

- docente assistente amministrativo collaboratore scolastico
in riferimento alla comunicazione del 07/08/2020 di cui in oggetto,

CHIEDE

al Dirigente scolastico di essere sottoposto a visita da parte del Medico Competente individuato dell'Istituto.

Per le finalità precisate, comunica:

- ✓ Numero di telefono _____
✓ Indirizzo email _____

Si impegna, altresì, a rendere la documentazione medico-sanitaria direttamente al Medico Competente.

I dati riportati nel presente modello saranno trasmessi al Medico Competente.

Il/La sottoscritto/a ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679 autorizza il trattamento dei dati personali.

Si allega copia di un documento d'identità in corso di validità.

Reggio Calabria, _____

Firma
