



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "BUONARROTI"
Via Luigi Salma, 53 - 20094 Corsico (MI) tel. 02.4471805 - fax 02.4408308 email:
miic88800v@istruzione.it; p.e.c. miic88800v@pec.istruzione.it
www.icbuonarroticorsico.edu.it

Corsico, 20 agosto 2020

A tutto il personale Docente e Ata a tempo indeterminato

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 comorbilità che possono caratterizzare una maggiore rischiosità".

Pertanto, sentito il parere del Medico Competente (dott. Cannone), tutti i lavoratori in servizio presso questa Istituzione Scolastica che ritengono di essere in condizioni di fragilità, dovranno richiedere al Dirigente Scolastico di essere sottoposti a visita da parte del Medico Competente / medico del lavoro INAIL.

La richiesta dovrà pervenire all'indirizzo di posta elettronica miic88800v@istruzione.it, secondo il modello allegato, entro il 30 agosto 2020. Nell'oggetto della mail si prega di specificare "Richiesta sorveglianza sanitaria eccezionale".

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

Allegato: modello richiesta di visita

Al Dirigente Scolastico
I.C.S. "Buonarroti"
Corsico

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 Competente /Medico del Lavoro INAIL.

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

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

Luogo e data _____

In fede
