**Allegato a) circ.n.6**

**Al Dirigente Scolastico**

**dell’Istituto “Paolo Boselli” di Torino**

**Indirizzo PEC** [**istituto.boselli@legalmail.it**](mailto:istituto.boselli@legalmail.it)

Il/la sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , in servizio presso questo Istituto in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ritenendo di essere in condizioni di “fragilità” ai sensi di quanto previsto dal D.L. 19 maggio 2020, n. 34, dalla C.M. Salute 29 aprile 2020 e della Circolare Ministero della Salute n 13 del 4 settembre 2020, precisato dalla Ci dunque maggiormente esposto a rischio di contagio da SARS-CoV-2, in possesso della certificazione medica rilasciata da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ che attesta la situazione di fragilità

**CHIEDE**

alla S.V. di essere sottoposto a visita da parte del Medico Competente /Medico del Lavoro ASL/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/ASL.

Autorizza la Dirigente Scolastica o suo delegato al trattamento dei dati personali e specificatamente sanitari, finalizzati alla gestione della pratica e ai connessi adempimenti.

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

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

In fede

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_