|  |  |
| --- | --- |
|  | **Ministero dell’Istruzione**  **Istituto d’Istruzione Superiore “MARCO POLO”**  **Località Boscone - Via La Madoneta 3 - 23823 COLICO**  Tel. 0341/940413Codice Fiscale: 92038240138 - C.M. LCIS003001 - Codice Univoco Ufficio UFGDY3  e-mail: [lcis003001@istruzione.it](mailto:lcis003001@istruzione.it) pec mail: lcis003001@pec.istruzione.it  Sito web: www.marcopolocolico.edu.it |

Modello 1

Al Dirigente Scolastico

dell’IIS “Marco Polo” di Colico

Indirizzo di posta elettronica:

mail PEO [lcis003001@istruzione.it](mailto:lcis003001@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 Competente.

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

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

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

In fede

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