

Al Dr. Medico competente Scutari Gaetano
e-mail: segreteria@sicurin.eu

E p.c. al Dirigente Scolastico IC Amendolara-Oriolo-Roseto C.S.
e-mail: csic85200v@istruzione.it

Il/la sottoscritta/o _____
nato a _____ il ____/____/_____
in servizio presso questo Istituto in qualità di _____

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 al Medico Competente.

Informato della finalità (prevenzione dal contagio da COVID-19), della base giuridica (implementazione dei protocolli di sicurezza anti-contagio ai sensi dell'art. 1, n. 7, lettera d) del DPCM 11 marzo 2020) e delle conseguenze di tale azione (comunicazione al DL dell'appartenenza a tale categoria, nel rispetto del segreto professionale) presto il mio consenso al trattamento dei dati personali e/o sanitari per ottemperare a quanto previsto dal DCPM 08.03.2020 per la salvaguardia e tutela della mia salute e alla conservazione degli stessi fino al termine dello stato d'emergenza.

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

Luogo e data _____

In fede
