**Al Medico Competente dell’Istituto**

**DOTT. SASSO RAFFAELE**

Indirizzo PEO: [r.sasso1955@gmail.com](mailto:r.sasso1955@gmail.com)

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

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , in servizio presso questo l’Istituto Comprensivo “Sac. R. Calderisi”, sito a Villa di Briano alla Via Torquato Tasso n. 28, in qualità di

personale docente

personale amministrativo / ausiliario

**CHIEDE**

alla S.V. di essere sottoposto a visita da parte del Medico competente per accertare le misure connesse alla propria condizione di salute.

A tal fine dichiara di essere reperibile, da parte del Medico competente, ai seguenti contatti:

tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il sottoscritto si impegna a produrre, solo in sede di visita ed esclusivamente al Medico competente, la documentazione sanitaria in suo possesso.

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

Luogo e data

In fede

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

Il sottoscritto, ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D.lgs. n. 196/2003 e del GDPR 679/2016, con la sottoscrizione del presente modulo, acconsente al trattamento dei dati personali per i fini connessi alla presente pratica.

In fede

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