

Al Dirigente Scolastico  
Della S.M.S. "A. Inverses"  
Di Sciacca

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a 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 SARSCoV-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 \_\_\_\_\_