



ISTITUTO COMPRESIVO "FOSCOLO"
PIAZZA S. ANTONINO, snc – 98051 **BARCELLONA P.G. (ME)**
TEL. 090/9702519 FAX: 090/9703235 C.F.: 90008810831
meic82500c@istruzione.it pec: meic82500c@pec.istruzione.it
www.icfoscolo.edu.it Codice univoco: **UF0RXK**



Circ. n. 3

Barcellona P.G., 07/09/2020

A tutto il personale
Docente ed ATA

Oggetto: Procedura di certificazione lavoratore "fragile".

Visti il DLgs 81/2008, i Protocolli inerenti le misure per il contrasto e contenimento della diffusione del virus Covid 19 negli ambienti di lavoro e il Documento Tecnico del CTS del 09/04/2020, si comunica che, tutti i lavoratori con patologie croniche o in condizioni di immunodepressione congenita o acquisita, **entro le ore 13:00 di giorno 14 settembre**, al fine di certificare la propria condizione di lavoratore "fragile", potranno produrre istanza di visita medica di "sorveglianza sanitaria eccezionale" da inoltrare agli uffici INAIL inviando apposita richiesta tramite posta elettronica ad uno dei seguenti indirizzi: meic82500@istruzione.it oppure meic82500c@pec.istruzione.it con garanzia di riservatezza nel rispetto della normativa vigente in materia di privacy; al momento della visita, che sarà opportunamente programmata presso gli ambulatori INAIL/ASL territorialmente competente, dovrà essere prodotta documentazione medica relativa alla/e propria/e patologia/e.

Si precisa che, per acquisire il certificato in questione, gli interessati potranno rivolgersi anche direttamente al proprio medico di base.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(Prof.ssa OLIVERI FELICIA MARIA)
*(Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3, comma 2, del D.Lgs. 39/93)*



ISTITUTO COMPRESIVO “FOSCOLO”
PIAZZA S. ANTONINO, snc – 98051 **BARCELLONA P.G (ME)**
TEL. 090/9702519 FAX: 090/9703235 C.F.: 90008810831
meic82500c@istruzione.it pec: meic82500c@pec.istruzione.it
www.icfoscolo.edu.it Codice univoco: **UF0RXK**



ALLEGATO 1

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRESIVO FOSCOLO
MEIC82500C@istruzione.it

Il/la sottoscritt _____ nato/a a _____
_____ il _____ in servizio presso
Codesta istituzione scolastica Istituto in qualità di _____ ritenendo
di trovarsi in condizioni di “fragilità” tali che, in caso di eventuale contagio da COVID-19,
potrebbero influenzare negativamente la severità e l’esito della patologia

RICHIEDE

di essere sottoposto a visita da parte del Medico Competente/Medico del Lavoro INAIL.

Il sottoscritto si impegna a presentare al Medico Competente/Medico del Lavoro INAIL la
documentazione medica in suo possesso, riferita alla condizione di fragilità,

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

Luogo e data _____ Firma _____