

	 Ministero dell'Istruzione UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA CALABRIA ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "L.Docimo" Viale Italia ,103 - 87040 ROSE (CS) Codice Fiscale 80003940782 - Codice Meccanografico CSIC80900L Telefono 0984901068 - Fax 0984901068 - E-Mail: csic80900L@istruzione.it Pec csic80900L@pec.istruzione.it Sito Web: www.istitutocomprensivorose.edu.it	
---	--	---

Allegato 5, prot. n.ro 3037/2020

Al Dirigente scolastico Istituto Comprensivo
di ROSE

Oggetto:

Richiesta Riconoscimento dello Stato di “Lavoratore/Alunno fragile” o Dichiarazione particolari patologie
Fac-simile

Il/La sottoscritto/a
nato/a il, codice fiscale
....., cellulare
mail, in servizio, l'Istituto in
intestazione, in qualità di

oppure

genitore dell'Alunno/a, frequentante la classe
....., sez., Ordine di Scuolaplesso

VISTO l'art. 83 del D.L. 19 maggio 2020, che dispone la “Sorveglianza Sanitaria eccezionale”, nonché, le Circolari
dirigenziali di Attivazione della stessa,
ritenendosi (Io/a) di in condizioni di “*fragilità*” (di cui al Protocollo condiviso di contrasto e contenimento della
diffusione del virus Covid-19, aggiornato il 24 aprile 2020 e ss.mm.ii.) ed in possesso della/e Certificazione/i della/e
Patologia/e con indicazione della Terapia prescritta ed, attualmente, in corso, allegando, ove possibile, anche i referti di
visite specialistiche, che attestino le patologie in corso ed oggetto della presente richiesta, nonché, di, eventuale,
Certificazione di Invalidità, rilasciata dalla competente Commissione Medica dell'INPS,

RICHIEDE

il

☐ Riconoscimento dello Stato di “Lavoratore/Alunno fragile”. All'uopo, si Dichiara di essere informato/a delle
Finalità della Visita di Sorveglianza sanitaria eccezionale, ai sensi dell'art. 83 comma 2 del Decreto Legge 19 maggio
2020 n.ro 34 e che la presente Richiesta potrà, in caso di Lavoratore, essere inoltrata agli Uffici competenti, tramite
l'utilizzo dell'applicativo informatico, messo a disposizione dall'INAIL.

☐ Altro (ad esempio: particolari Allergie, etc...)

Tanto, si rappresenta, ai fini di poter fruire delle necessarie Misure precauzionali in ordine alla tutela della Salute,
allegando, alla presente Richiesta, copia della Documentazione medica e del Documento di Identità, in corso di
validità.

Luogo, _____, __/__/202__

In fede (firma del Richiedente) _____

N.B.: La presente Richiesta, debitamente, compilata e sottoscritta dal Lavoratore/Genitore, con i relativi allegati, sarà
inviata al Medico competente di Istituto o all'INAIL, su Valutazione della Dirigenza e/o a cura degli Uffici di
Segreteria.

