

**Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto "Italo Calvino"  
Via Borzoli, 21  
Genova**

**Indirizzo PEO/PEC** \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_, nato 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  
SARS-CoV-2

**CHIEDE**

alla S.V. di essere sottoposto a visita da parte del Medico Competente / INAIL/ASL/Dipartimento di  
medicina legale e medicina del lavoro dell'Università.

Il sottoscritto si impegna a produrre la documentazione medica in suo possesso, riferita alla  
condizione di fragilità, al Medico Competente/INAIL/ASL/Dipartimento di medicina legale e  
medicina del lavoro dell'Università.

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

Luogo e data \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_