Al Medico Competente dell’ IC “Pulcarelli Pastena”

Dott. Francesco Viscardi

francesco.viscardi@gmail.com

**Oggetto: richiesta consulenza medico competente ai fini della verifica della qualificazione di**

“lavoratore fragile”.

Il sottoscritto

Cognome ................................................................... Nome ............................................................

Luogo di nascita ....................................................... Data di nascita ................. ........ ................

Documento di riconoscimento .............................................

Ruolo (es. Docente/ATA)

Sede di lavoro

ritengo che le mie attuali condizioni di salute mi facciano rientrare nella definizione di “lavoratore fragile e non essendo in possesso della documentazione

RICHIEDO

di avvalermi della consulenza del Medico Competente ai fini della verifica della mia qualificazione di lavoratore fragile.

I riferimenti attraverso i quali il Medico Competente potrà contattarmi sono i seguenti: mail:

Cell.: Luogo e data

 , li

Firma leggibile dell’interessato