

Spett. le Dirigente Scolastico

OGGETTO: **Richiesta della sorveglianza sanitaria secondo le indicazioni di cui alla C.M. congiunta MLPS-MdS del 4 settembre 2020, n. 13.**

Il / la sottoscritto/a _____, nato/a a _____ (____) il _____, in servizio presso la scrivente istituzione scolastica nel ruolo di _____.

CHIEDE

di essere sottoposto/a a visita attraverso l'attivazione della sorveglianza sanitaria di cui alla C.M. congiunta MLPS-MdS del 4 settembre 2020, n. 13.

Il / la sottoscritto/a _____, comunica di essere in possesso della **documentazione medica relativa alle pregresse patologie diagnosticate, che fornirà al medico competente, al momento della visita medesima, a supporto della valutazione del medico stesso.**

Cordiali saluti

_____, lì _____

Firma
