

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C.G. Novello
di Ravenna
Dott.ssa Nicoletta Ambrosio

Oggetto: richiesta per visita medica presso il Medico Competente dell'Istituzione Scolastica

Il sottoscritto/a				
Nata/o a				
il				
Residente in				
Via/Piazza				
e-mail				
Tel. cellulare				
dipendente a	<input type="checkbox"/> T.I.	<input type="checkbox"/> T.D.		
in servizio c/o la scuola				
con qualifica di	<input type="checkbox"/> docente	<input type="checkbox"/> ATA AA	<input type="checkbox"/> ATA CS	<input type="checkbox"/> ATA DSGA
Orario di servizio settimanale				

Chiede

alla S.V. di essere sottoposto a visita medica da parte del Medico Competente.
Pertanto, a seguito di tale richiesta, il sottoscritto sottoporrà al Medico Competente la documentazione sanitaria in suo possesso.

Luogo e data _____

Firma del Lavoratore
