

Istituto Comprensivo Don Milani

Circolare n. 20

Ticineto 27/05/2020

ISTITUTO COMPRENSIVO TICINETO "Don Milani" - TICINETO
28/05/2020
PROI. N. 939
TE. B CL. 20 FASC. 2

A tutto il personale d'Istituto
Agli atti
All'albo

OGGETTO: AVVIO SORVEGLIANZA SANITARIA ECCEZIONALE AI SENSI DEL D.L. 19 MAGGIO 2020, N. 34

Si comunica che, ai sensi dell'art. 83 del D.L. 19 maggio 2020, tutti i dipendenti che in ragione dell'età o della condizione di rischio derivante da immunodepressione, da esiti di patologie oncologiche, dallo svolgimento di terapie salvavita o comunque da patologie croniche invalidanti che possono esporli a un maggior rischio di contagio di COVID-19, possono segnalare la loro condizione di 'fragilità' al Dirigente Scolastico per richiedere adeguate misure di protezione.

Per tale motivo tutti i Sig. Docenti e tutto il Personale dipendente dell'Istituto che ritengano di essere in tale condizione di particolare fragilità, dovranno richiedere allo scrivente Dirigente Scolastico di essere sottoposti a visita medica straordinaria (Art. 41, D.lgs. 81/08) da parte del Medico Competente dell'Istituto. Si ritiene opportuno che tale richiesta sia preceduta da una valutazione preliminare effettuata dal Medico di Famiglia, che potrà rilasciare una specifica certificazione.

La richiesta (con allegata la certificazione del medico di famiglia suddetta) dovrà pervenire all'indirizzo di posta elettronica dell'Istituto PEO alic82200b@istruzione.it oppure PEC alic82200b@pec.istruzione.it secondo il modello allegato, entro cinque giorni dalla data di pubblicazione della presente.

Si ringrazia per la collaborazione e si porgono cordiali saluti.

In allegato: il modello di richiesta della visita

Il Dirigente Scolastico
Gennaro Scotto di Ciccariello
Firma autografa omessa ai sensi
dell'art. 3 del D. Lgs. n. 39/1993



Al Dirigente Scolastico dell'Istituto "Don Milani"

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 COVID-19,

CHIEDE

alla S.V. di essere sottoposto a visita da parte del Medico Competente.

Il sottoscritto si impegna a produrre la documentazione medica in suo possesso, riferita alla condizione di fragilità, al Medico Competente.

Al fine di essere contattato dal Medico Competente segnala :

- nr. di cellulare
- indirizzo email

Luogo e data _____

In fede