Alla dirigente scolastica

IC Margherita Hack

Via Matteotti, 3

Assago (MI)

OGGETTO: RICHIESTA VISITA MEDICO COMPETENTE

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in servizio presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dell’IC Margherita Hack di Assago

come docente/ATA

CHIEDE

La visita dal MEDICO COMPETENTE e si impegna a consegnare la documentazione comprovante lo stato di fragilità al medico in seguito a convocazione.

A tal fine indica il suo indirizzo mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e il suo numero telefonico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Infine, autorizza il trattamento dei dati per gli scopi in oggetto.

Assago, lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ In fede

 Firma del dipendente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_