



Istituto Comprensivo N. 4 Chieti

Via Campobasso, 10 - 66100 CHIETI - tel. Segreteria : 0871 560525 - fax: 0871565781

codice fiscale: 93048780691 - codice meccanografico: chic83700a

Indirizzo di posta elettronica ordinaria: chic83700a@istruzione.it

Indirizzo di posta elettronica certificata: chic83700a@pec.istruzione.it

ISTITUTO COMPENSIVO N. 4 - -CHIETI
Prot. 0010691 del 10/09/2020
(Uscita)

Chieti, 10/09/2020

Ai Docenti
Al Personale ATA
Al DSGA

OGGETTO: INFORMATIVA LAVORATORI PER INDIVIDUAZIONE LAVORATORI FRAGILI

Il D.L. 30 luglio 2020, n. 83, proroga il termine dello stato di emergenza al 15 ottobre 2020. Il Decreto, però, non proroga i termini delle agevolazioni concesse ai cosiddetti “lavoratori fragili” che risultano pertanto scaduti al 31 luglio 2020.

Ad oggi, pertanto, resta valido quanto indicato dall’art. 41, comma 2, lettera c, del D.Lgs. n. 81/2008 che prevede la possibilità del lavoratore di essere sottoposto a sorveglianza sanitaria previa richiesta di visita medica. Le modalità sono indicate nell’allegata nota.

Tutti i lavoratori in servizio presso questa Istituzione Scolastica che intendono sottoporsi a visita da parte del Medico competente, dovranno effettuare la richiesta via email agli indirizzi, chic83700a@istruzione.it e all’indirizzo del medico competente Dott. Frassanito Fabrizio fabriziofrassanito@hotmail.com utilizzando il modello allegato. La richiesta dovrà essere corredata da copia del proprio documento di identità in corso di validità e suffragata da certificazione medica che sarà consegnata al medico competente.

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Elvira Pagliuca
(firmato digitalmente)

Allegati:
modello richiesta di visita

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo 4 Chieti

Mail chic83700a@istruzione.it

Al Medico competente dell' Istituto comprensivo 4 Chieti

Mail: fabriziofrassanito@hotmail.com

Il/la sottoscritt_____

nato a _____ il ____/____/____

in servizio presso questo Istituto in qualità di _____

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 al Medico Competente.

Informato della finalità (prevenzione dal contagio da COVID-19), della base giuridica (implementazione dei protocolli di sicurezza anti-contagio ai sensi dell'art. 1, n. 7, lettera d) del DPCM 11 marzo 2020) e delle conseguenze di tale azione (comunicazione al DL dell'appartenenza a tale categoria, nel rispetto del segreto professionale) presto il mio consenso al trattamento dei dati personali e/o sanitari per ottemperare a quanto previsto dal DCPM 08.03.2020 per la salvaguardia e tutela della mia salute e alla conservazione degli stessi fino al termine dello stato d'emergenza.

Si allega alla presente richiesta copia del proprio documento di identità in corso di validità.

Luogo e data _____

In fede