



**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE C.T. BELLINI  
NOVARA**

Via Vallauri, 4 - 28100 Novara  
tel. 0321 692625  
E-mail: [noic823001@istruzione.it](mailto:noic823001@istruzione.it)  
PEC: [noic823001@pecistruzione.it](mailto:noic823001@pecistruzione.it)  
codice fiscale: 9406275003

Ai Docenti  
AI DSGA  
Al Personale ATA

**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 all'indirizzo [noic823001@istruzione.it](mailto:noic823001@istruzione.it), 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.

Al fine di agevolare la ripresa dell'attività lavorativa e l'organizzazione delle visite, le richieste dovranno essere inviate entro e non oltre il 31.08.2020.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Allegati:  
modello richiesta di visita

Al Dirigente Scolastico  
Mail.....  
Al Dott.....  
Medico competente dell'istituto...  
mail....

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

\_\_\_\_\_