



# Istituto Comprensivo di Grazzanise

✉ Via Montevergine 58, - 81046 Grazzanise (CE)  
e-mail: [ceic8am001@istruzione.it](mailto:ceic8am001@istruzione.it) pec: [ceic8am001@pec.istruzione.it](mailto:ceic8am001@pec.istruzione.it)  
C.F. 93086240616 – CU: UFCR09 - ☎ 0823/964695

ISTITUTO AUTONOMO COMPRENSIVO GRAZZANISE  
Prot. 0008156 del 09/09/2020  
07 (Uscita)

Al Personale Docente  
Al Personale ATA  
Al D.S.G.A.  
Atti / Sito Web

**OGGETTO: Informativa individuazione lavoratori fragili.**

## IL DIRIGENTE SCOLASTICO

**Sentito** il Medico Competente;

**Visto** il D.L. 30 luglio 2020, n.83;

**Visto** l'art. 83 del D.L. 19/05/2020, n.34 e sua conversione in Legge 17/07/2020, n. 77 che ha introdotto la “sorveglianza sanitaria eccezionale”;

**Vista** Circolare dell'I.C. di Grazzanise prot. 6798 del 23/07/2020 – “Disposizione per il collocamento in categoria “fragile”;

**Vista** la Circolare del Ministero della Salute - Ministero delle politiche sociali n. 13 del 04/09/2020;

## INVITA

Tutti i lavoratori in servizio presso questa istituzione Scolastica che intendono sottoporsi a visita da parte del Medico competente, dovranno effettuare la richiesta via mail all'indirizzo: [ceic8am001@istruzione.it](mailto:ceic8am001@istruzione.it) , utilizzando il modello allegato **entro e non oltre il 15 settembre 2020.**

La richiesta dovrà essere corredata da copia del documento di identità in corso di validità.

Il Dirigente Scolastico  
(Dott.ssa Roberta Di Iorio)  
Firma autografa sostituita a mezzo stampa  
ai sensi dell'art.3, comma 2, D.L.gs.vo39/93

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.

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 e provvedimenti successivi, 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

\_\_\_\_\_