



**MINISTERO DELL'ISTRUZIONE**  
**UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA CALABRIA**  
**ISTITUTO COMPRENSIVO "ALCMEONE"**  
Scuola dell'Infanzia – Primaria – Secondaria di primo grado

**Ai docenti**  
**Agli ATA**  
**Al sito web d'Istituto**

**Oggetto: avvio sorveglianza sanitaria eccezionale ai sensi del D.L. 19 maggio 2020 n. 34.**

L'art. 83 del D.L. 19 maggio 2020, n. 34 dispone l'avvio della *sorveglianza sanitaria eccezionale dei lavoratori maggiormente esposti a rischio contagio, in ragione dell'età o della condizione di rischio derivante da immunodepressione, anche da patologia COVID-19, o da esiti di patologie oncologiche o dallo svolgimento di terapie salvavita o comunque da comorbilità che possono caratterizzare una maggiore rischiosità.*

Nel "Protocollo condiviso di regolazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus Covid-19 negli ambienti di lavoro", pubblicato dall' INAIL il 23/04/2020, **allegato alla presente circolare**, la sorveglianza sanitaria eccezionale viene prefigurata con riferimento ai lavoratori con età superiore a 55 anni, o al di sotto di tale età ma che ritengano di rientrare, per condizioni patologiche, in tale situazione.

Pertanto, tutti i lavoratori in servizio presso questa Istituzione Scolastica che ritengono di essere in condizioni di fragilità, entro il termine di cinque giorni dalla data di pubblicazione del presente documento, dovranno richiedere al Dirigente Scolastico di essere sottoposti a visita da parte del Medico Competente / medico del lavoro INAIL.

La richiesta dovrà pervenire all'indirizzo di posta elettronica dell'Istituto, secondo il modello allegato. La richiesta dovrà essere corredata da copia del proprio documento di identità in corso di validità.

Il Dirigente Scolastico  
**Prof. Antonio SANTORO**

Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs 82/2005 s.m.i. e norme collegate,  
il quale sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa

Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto \_\_\_\_\_

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 SARS-CoV-2

**CHIEDE**

alla S.V. di essere sottoposto a visita da parte del Medico Competente /Medico del Lavoro INAIL.  
Il sottoscritto si impegna a produrre la documentazione medica in suo possesso, riferita alla  
condizione di fragilità, al Medico Competente /Medico del Lavoro INAIL.  
Si allega alla presente richiesta copia del proprio documento di identità in corso di validità.

Luogo e data \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_