



*Ministero dell'Istruzione, Dell'Università e Ricerca*

**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE di SELVAZZANO DENTRO**

Via Cesarotti 1/a – 35030 SELVAZZANO DENTRO (PD)

Tel. 049/638633- Fax 049/638716 - e-mail: [PDIC89800Q@istruzione.it](mailto:PDIC89800Q@istruzione.it) – pec: [PDIC89800Q@pecistruzione.it](mailto:PDIC89800Q@pecistruzione.it).

**C.F. 92249620284 – Codice M.P.I PDIC89800Q- [www.icselvazzano2.edu.it](http://www.icselvazzano2.edu.it)**

Circ. n. 7

Selvazzano Dentro 15/09/2020

A tutto il personale dell'IC Selvazzano 2

Oggetto: procedure riguardo ai lavoratori fragili

Si comunica che l'istituto della sorveglianza sanitaria eccezionale (art. 83 DL 34/2020, convertito in L. n 77/2020) non è stato oggetto di proroga. Tuttavia ai lavoratori è assicurata la possibilità di richiedere l'attivazione di adeguate misure di sorveglianza sanitaria in ragione del rischio connesso all'esposizione al Covid -19. La richiesta sarà inoltrata al medico competente che, in base alla documentazione medica fornita dal lavoratore, all'esito della visita e delle sue valutazioni, potrà esprimere un giudizio di idoneità, idoneità con prescrizioni, inidoneità temporanea relativa alla mansione specifica, inidoneità temporanea a svolgere qualsiasi mansione lavorativa.

Per quanto attiene al personale docente, qualora il lavoratore lo richieda esplicitamente, l'inidoneità relativa alla specifica mansione viene inquadrata contrattualmente nell'istituto giuridico delle utilizzazioni inidonei regolata dal CCNI del 25 giugno 2008 art.2 c. 4.

Si allega il modulo di richiesta.

Cordiali saluti

**La Dirigente Scolastica  
Prof.ssa Tiziana Petruzzo**

Allegato: modello richiesta di visita

**Al Dirigente Scolastico**  
**dell'Istituto** \_\_\_\_\_  
**Indirizzo PEO/PEC** \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_