**richiesta di attivazione della sorveglianza sanitaria**

Al Dirigente Scolastico

dell’Istituto Comprensivo di Galbiate

**OGGETTO: RICHIESTA DI ATTIVAZIONE DI MISURE DI SORVEGLIANZA SANITARIA**

Il/La sottoscritto/a ……………………………………………………………………

nato/a a …………………………. prov. …… il …………..

in servizio presso l’Istituto Comprensivo di Galbiate,

in qualità di ( ) docente ( ) Personale ATA

con contratto di lavoro ( ) a tempo indeterminato ( ) tempo determinato

**PRODUCE**

con la presente formale istanza di attivazione di adeguate misure di sorveglianza sanitaria, in relazione al potenziale rischio da SARS-CoV-2.

Si riserva di presentare, in sede di visita del Medico Competente, la documentazione medica relativa alle pregresse patologie diagnosticate.

Galbiate, ……………

 Firma

 ……………………………….