



Ministero dell' Istruzione
CENTRO PROVINCIALE ISTRUZIONE ADULTI
C.F. 96071620189 - CODICE MECCANOGRAFICO: PVMM113005
c/o Scuola Primaria Gabelli - Via Ponte Vecchio n. 59 - 27100 Pavia tel 0382/529855
e - mail: pvmm113005@istruzione.it - pvmm113005@pec.istruzione.it

Al Dirigente Scolastico del Cpia
pvmm113005@istruzione.it

oppure pvmm113005@pec.istruzione.it

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 al rischio 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 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