



ISTITUTO COMPRENSIVO
DI SCUOLA DELL'INFANZIA, PRIMARIA E SECONDARIA DI PRIMO GRADO
FONNI E MAMOIADA

Circolare n. 05

Fonni, 08 Settembre 2020

A TUTTO il personale dell'Istituto Comprensivo

Fonni e Mamoiada

Agli atti della scuola

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 da INAIL il 23/04/2020, 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 sette 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 nuic880002@istruzione.it, secondo il modello allegato.

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

Nel ringraziare per la collaborazione si coglie l'occasione per porgere cordiali saluti

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Tania Testoni



Allegato: modello richiesta di visita

**Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto comprensivo Fonni e Mamoiada
via Don Burrai 1, Fonni**

nuic880002@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 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
