

Al Dirigente Scolastico
"Nino Martoglio"
Belpasso
ctmm10300p@istruzione.it

Al Dr. Carlo Sciacchitano
Via Ughetti, n.72
Catania
Tel studio medico: 0952180159

Il/la sottoscritto/a _____ nato a
_____ il _____ in servizio
presso questo Istituto in qualità di _____

CHIEDE

di essere sottoposto a visita da parte del Medico Competente, **ex art. 41 c. 2 lettera c) del D.Lgs. 81/08.**

Il/la sottoscritto/a si impegna a produrre la documentazione medica in suo possesso, riferita alla condizione di salute, al Medico Competente.

Si allega alla presente richiesta copia del proprio documento di identità in corso di validità.

Luogo e data

In Fede
