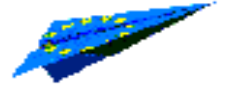




**Istituto Statale di Istruzione Secondaria Superiore  
Paolo Frisi**



**Liceo Economico Sociale    Istituto Professionale Servizi    Corsi I.d.A. II° livello**  
Cod. Fisc./P.IVA 80127550152 – Codice Univoco: UF9LI5  
[MIIS058007@istruzione.it](mailto:MIIS058007@istruzione.it)    [MIIS058007@pec.istruzione.it](mailto:MIIS058007@pec.istruzione.it)    [www.iisfrisi.gov.it](http://www.iisfrisi.gov.it)

**Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto**

**[MIIS058007@istruzione.it](mailto:MIIS058007@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. un colloquio con il Medico Competente, al quale si impegna a produrre la documentazione medica in suo possesso, per il tramite dell'Istituzione Scolastica, riferita alla condizione di fragilità.

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

Luogo e data \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_