



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Ufficio Scolastico Regionale per la Toscana
Ufficio VII –Ambito Territoriale Grosseto
Istituto Comprensivo n. 6
Grosseto



Al Dirigente Scolastico
dell'I.C.Grosseto 6

Oggetto: richiesta per visita medica presso il Medico Competente dell'Istituzione Scolastica

Il sottoscritto/a			
Nata/o			
il			
Residente in			
Via/Piazza			
e-mail			
Tel. cellulare			
dipendente a	<input type="checkbox"/> T.I.	<input type="checkbox"/> T.D.	
in servizio c/o la scuola per			
con qualifica di	<input type="checkbox"/> docente	<input type="checkbox"/> ATA AA	<input type="checkbox"/> ATA CS <input type="checkbox"/> ATA DSGA
Orario di servizio settimanale			

Chiede

alla S.V. di essere sottoposto a visita medica da parte del Medico Competente.
Pertanto, a seguito di tale richiesta, il sottoscritto sottoporrà al Medico Competente la documentazione sanitaria in suo possesso.

Luogo e data _____

Firma del Lavoratore
