

Oggetto: richiesta consulenza medico competente ai fini della verifica della mia qualificazione di “lavoratore fragile”.

Il/la sottoscritt...

Cognome Nome

Luogo di nascita (.....) Data di nascita

Documento di riconoscimento

In qualità di

Sede di lavoro _____,

Ritengo che le mie attuali condizioni di salute mi facciano rientrare nella definizione di “lavoratore fragile”

In possesso della documentazione medica, riferita alla condizione di fragilità, così come indicato nell'Informativa diffusa ai dipendenti.

RICHIEDO

di avvalermi della consulenza del Medico Competente ai fini della verifica della mia qualificazione di lavoratore fragile.

I riferimenti attraverso i quali il Medico Competente potrà contattarmi sono i seguenti:

mail: _____

Cellulare: _____

Luogo e data

_____, li _____

Firma leggibile del dipendente
