

Avviso sorveglianza sanitaria eccezionale ai sensi dell'art. 83 del D.L. 19 maggio 2020, n. 34

Oggetto: avvio sorveglianza sanitaria eccezionale ai sensi dell'art. 83 del D.L. 19 maggio 2020, n. 34.

Al fine di tutelare la sicurezza e la salute dei propri lavoratori lo scrivente Dirigente Scolastico in qualità di Datore di Lavoro così come definito dall'art. 2 del D Lgs 81/08;

CONSIDERATI gli obblighi datoriali per le attività del Medico Competente di cui all'art. 41 del D.Lgs. 81/08 per la sorveglianza sanitaria;

VISTO l'art. 83 del D.L. 19 maggio 2020, n. 34, che prevede, tra l'altro, 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 comorbidità che possono caratterizzare una maggiore rischiosità";

VISTO il protocollo d'intesa per garantire l'avvio dell'anno scolastico nel rispetto delle regole di sicurezza per il contenimento e la diffusione del covid del 6 agosto 2020

INVITA il personale in servizio presso questa Istituzione scolastica, laddove ricorrano le condizioni di presunta fragilità a causa di patologie debilitanti, a trasmettere richiesta al Dirigente scolastico al fine di essere sottoposta a visita da parte del Medico Competente.

Gli interessati dovranno, con sollecitudine, inviare tassativamente via mail all'indirizzo csis07700b@istruzione.it il modello allegato alla presente comunicazione (Allegato), debitamente firmato e corredato di copia del documento di identità in corso di validità.

Nessuna documentazione di carattere medico-sanitario deve essere allegata alla richiesta.



IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof. Giovanni Tiano

OGGETTO: sorveglianza sanitaria eccezionale ai sensi dell'art. 83 del D.L. 19 maggio 2020

Il/La sottoscritto/a _____
 nato/a a _____ prov.(__) il _____
 C.F. _____ residente in _____
 _____ prov.(__) via/piazza _____
 cap _____

DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO (tipo e numero) _____
 in servizio per l'a.s. 2020/2021 presso questo Istituto in qualità di:

docente assistente amministrativo collaboratore scolastico
 in riferimento alla comunicazione del 07/08/2020 di cui in oggetto,

CHIEDE

al Dirigente scolastico di essere sottoposto a visita da parte del Medico Competente individuato dell'Istituto.

Per le finalità precisate, comunica:

- ✓ Numero di telefono _____
- ✓ Indirizzo email _____

Si impegna, altresì, a rendere la documentazione medico-sanitaria direttamente al Medico Competente.

I dati riportati nel presente modello saranno trasmessi al Medico Competente.

Il/La sottoscritto/a ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679 autorizza il trattamento dei dati personali.

Si allega copia di un documento d'identità in corso di validità.

San Giovanni in Fiore _____

Firma
