

MODULO DI RICHIESTA PER INTENSIFICAZIONE DEI DISPOSITIVI PROTETTIVI

Alla Dirigenza

Al Medico Competente d'Istituto

Il/la sottoscritto/a _____ con mansione di
docente/amministrativo/assistente tecnico/collaboratore scolastico c/o L'Istituto
..... di Livorno cell. _____ email
.....@....., con la presente

CHIEDE

di potersi vedere riconoscere un'intensificazione delle misure di prevenzione e protezione ai fini della riduzione di possibili situazioni da contagio COVID-19, rispetto a quelle previste dal protocollo d'istituto, e questo in relazione alle patologie di cui è affetto per le quali si allega apposita certificazione medica.

Firma del Lavoratore/ice _____

N.B.: Ai fini del rispetto del vigente DGPR la documentazione medica dovrà essere inoltrata alla e-mail del Medico Competente

.....

Il Medico Competente, presa visione della richiesta unitamente alle certificazioni mediche allegate dispone l'intensificazione protettiva durante l'attività lavorativa, articolata secondo quanto segue:

- FFP2
- FFP3
- VISIERA PROTETTIVA
- GUANTI MONOUSO IN NITRILE
- OCCHIALI PROTETTIVI
- SCHERMO PARAFIATO
- ALTRO

Firma del Medico Competente _____