

## Richiesta attivazione sorveglianza sanitaria eccezionale

Spett, Dirigente

Con la presente chiedo cortesemente di attivare richiesta presso il medico competente per visita " lavoratori fragili" come da D.L. 34/2000 art. 83 e D.L. 17 marzo 2020, n. 18, convertito con modificazioni nella legge 24 aprile 2020, n. 27 art.26 c.2.

- NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_
- NATA/O A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_
- VIA \_\_\_\_\_ - città \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_
- E-MAIL:
- TEL:
- MANSIONE

in attesa di gentile riscontro  
Cordialmente

Firma