



# CONVITTO NAZIONALE STATALE "GIORDANO BRUNO" MADDALONI (CE)

SCUOLE ANNESSE:

PRIMARIA - SCUOLA SECONDARIA DI 1^ GRADO

LICEO CLASSICO - LICEO CLASSICO EUROPEO



Al Personale Docente e Educativo

Al Sito web

**Oggetto: Misure di contenimento dell'emergenza epidemiologica da Covid-19.  
Individuazione dei soggetti rientranti nella categoria del cd. "lavoratore fragile".**

Al fine di attivare le ulteriori misure di prevenzione e contenimento dell'emergenza epidemiologica da Covid-19 previste dalla normativa vigente, i Docenti e gli Educatori che ritengono di rientrare nella categoria del cd. "lavoratore fragile" sono invitati a far pervenire allo Scrivente il questionario INAIL allegato alla presente in **BUSTA CHIUSA** entro e non oltre le ore **12:00** del giorno **08/09/2020**.

Confidando nella consueta collaborazione, si segnala la riservatezza della procedura de qua.

Il Rettore Dirigente Scolastico  
Gervasio Rocco

*Documento firmato digitalmente ai sensi del cd Codice  
dell'Amministrazione digitale e normativa connessa*

**IL SOTTOSCRITTO LAVORATORE**

Cognome e Nome

Sesso

**M**

**F**

Nato a:

Il:

C.F.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

e-mail:

Tel./cell.

/

*RITENENDO DI RIENTRARE NELLA CONDIZIONE DI "PERSONA FRAGILE", NECESSITANTE DI ESSERE ESONERATO DA ATTIVITA' LAVORATIVE IN PRESENZA CHE POTREBBERO COSTITUIRE MAGGIORE ESPOSIZIONE A RISCHIO DA COVID 19, PER LE CONDIZIONI IN CUI SI TROVA COME SOTTO INDICATE*

**TALE FINE DICHIARA DI TROVARSI NELLE SEGUENTI CONDIZIONI:**

- si no *Di età > 55 anni*
- si no *in possesso del riconoscimento di disabilità con connotazione di gravità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 10*
- si no *presenza di rischio derivante da immunodepressione o da esiti da patologie oncologiche o dallo svolgimento di relative terapie salvavita, ai sensi dell'articolo 3, comma 1, della medesima legge n. 104 del 1992".*
- si no *In presenza di stato di immunodepressione congenita o acquisita (es.: trapiantati; malattie del connettivo come LES, sclerosi sistemica, Sind. Di Sjogren, ecc.; tiroidite di Hashimoto)*
- si no *affetto da patologie croniche o con multimorbilità (es.: diabetici ID; cardiovasculopatie ischemiche cardiache o vascolari o cerebrali; patologie polmonari; asma; BPCO; ipertensione arteriosa instabile; malattie infiammatorie croniche; sindromi da malassorbimento; malattie neuromuscolari gravi; obesità con BMI>30; insufficienza renale-surrenale cronica; malattie degli organi emopoietici; emoglobinopatie, epatopatie croniche, fibrosi cistica, soggetti con deficit delle capacità cognitive; ecc.)*
- si no *in possesso del riconoscimento di disabilità con connotazione di gravità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 10*
- si no *controllato dal SSN perché risultato positivo alla effettuazione di tampone per Sars COV 2 e successivamente negativizzato dopo il periodo di quarantena previsto*
- si no *asintomatico/paucisintomatico uscito da un periodo di quarantena volontaria dopo essere stato a contatto con persone con sospetto contagio da Sars COV 2*
- si no *Altro:*

**Copia di eventuali referti diagnostici esibiti in allegato**

*Firma del lavoratore*

**Per autocertificazione a conferma della veridicità di quanto dichiarato e per autorizzazione al trattamento dei dati sanitari ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e consenso informato alla trasmissione, da parte del Medico Competente, dell'esito della valutazione conclusiva finalizzata alla tutela delle categorie "fragili" prevista dal DPCM 26.04.2020 per la situazione emergenziale da COVID 19**

*Firma del Medico di Medicina Generale*

*Data*

*(timbro e firma)*

**Per facoltativa attestazione certificata di quanto sopra dichiarato dal proprio Assistito e rilascio di parere positivo come Medico Curante a conoscenza della reale condizione di salute generale del proprio assistito alla indicazione della necessità di sottoporre lo stesso a maggiore tutela, per quanto possibile conoscere, nei confronti della Pandemia da COVID 19 e le patologie di cui si è a conoscenza**

- si no *La presente autocertificazione è stata attestata dal proprio Medico di Medicina Generale*

*Dott*

*ed in caso negativo specificare la motivazione*