



# ISTITUTO COMPRENSIVO PERUGIA 7

Via Lacugnano 53 06132 PERUGIA S. SISTO -C.F. 94152440544 Tel. 075/52.87.904 e Fax 075/528848.

mail: [pgic86400t@istruzione.it](mailto:pgic86400t@istruzione.it) – Pec: [pgic86400t@pec.istruzione.it](mailto:pgic86400t@pec.istruzione.it) [www.istitutocomprensivoperugia7.it](http://www.istitutocomprensivoperugia7.it)



Circ. n 002

Perugia, 01 settembre 2022

Al personale docente  
Al personale ATA

Oggetto: fornitura dispositivi di protezione respiratoria FFP2 per personale scolastico a rischio di sviluppare forme severe di COVID-19

La Nota Ministeriale n. 1998 del 19 agosto 2022, pur ribadendo la decadenza dell'obbligo di utilizzo dei dispositivi di protezione delle vie respiratorie, consiglia l'utilizzo delle stesse per il personale scolastico a rischio di sviluppare forme severe di COVID-19.

Pertanto il personale in servizio presso questa Istituzione Scolastica che ritenga di essere in condizioni di fragilità, entro il termine di sette giorni dalla data di pubblicazione del presente documento, dovrà richiedere al Dirigente Scolastico di essere sottoposto a visita da parte del Medico Competente dell'Istituto comprensivo Perugia 7. La richiesta dovrà pervenire all'indirizzo di posta elettronica dell'Istituto (caselle PEO oppure PEC), secondo il modello allegato. La richiesta dovrà essere corredata da copia del proprio documento di identità in corso di validità.

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

***Ferri Federico***

Firma autografa sostituita a mezzo stampa,  
ai sensi dell'art. 3, comma 2 del D. Lgs. n. 39/1993

**Al Dirigente Scolastico**  
**dell'Istituto** \_\_\_\_\_

**Indirizzo PEO/PEC** \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

in servizio presso questo Istituto in qualità di \_\_\_\_\_

ritenendo di essere in condizioni di fragilità e dunque maggiormente esposto a rischio di contagio da SARS-CoV-2

**CHIEDE**

alla S.V. di essere sottoposto a visita da parte del Medico Competente.

Il sottoscritto si impegna a produrre la documentazione medica in suo possesso, riferita alla condizione di fragilità, al Medico Competente.

Si allega alla presente richiesta copia del proprio documento di identità in corso di validità.

Luogo e data \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_