**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**I.C. “BERARDI – NITTI”**

**MELFI**

**\_l\_ sottoscritt-\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in servizio presso questo Istituto in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con contratto a T.D. – T.I. , chiede di essere sottoposto a sorveglianza sanitaria e richiede, pertanto, la visita del Medico Competente.**

**Melfi, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**