Alla c.a Medico Competente

 Dott. Guido Perina

E mail *info@guidoperina.it*

**Oggetto: Autorizzazione comunicazione nominativo per inserimento elenco lavoratori fragili/ ipersuscettibili di cui al Protocollo Condiviso 24.04.2020 e misure di tutela lavoratori fragili**

Io sottoscritto…………………………………………………. nato il…………………., informato in meritoal Protocollo condiviso tra le parti sociali del 24/04/2020 che segnala la necessità di porre particolari misure di tutela nei confronti di lavoratori ipersuscettibili/fragili, stante l’attuale emergenza relativa alla epidemia di SARS-CoV2 e la relativa malattia Covid-19, letto e compresa l’informativa che precede, esclusivamente per finalità connesse alla tutela del mio stato di salute

AUTORIZZO

espressamente il Medico Competente, Dott. Guido Perina

1. a contattare il mio Medico di Base dottor ………………………….tel…………………………..

 indirizzo mail:

1. a comunicare il mio nominativo alla Direzione Aziendale, nel pieno rispetto di privacy e segreto professionale in merito alla mia situazione clinica, per l’inserimento dello stesso nell’elenco dei lavoratori ipersuscettibili/fragili.

.

**DATA E LUOGO FIRMA**

**……………………. ……………………………………….**

**La presente comunicazione va inviata debitamente compilata e firmata al seguente indirizzo mail** *info@guidoperina.it*