

Allegato 1

Al medico competente

Dott.ssa Rossana Formato

Segnalazione di possibile condizione di ipersuscettibilità da COVID 19.

Il sottoscritto/a _____

Nato a _____ il _____

Residente in _____ alla Via _____

In qualità di dipendente presso _____

Telefono _____

Email _____

Preso visione della nota informativa redatta dal M.C. Dott.ssa Rossana Formato, acconsente al trattamento dei propri dati personali nel rispetto della privacy e

DICHIARA

Di essere affetto/a da

dal _____

All'uopo allega copia della documentazione medica relativa alla patologia sopra indicata.

DATA _____

FIRMA _____

La richiesta può essere inoltrata tramite mail o pec aziendale