

**DOMANDA SUSSISTENZA CONDIZIONE DI "FRAGILITA"**

Il/la sottoscritto/a,

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Ruolo \_\_\_\_\_ (es docente, personale

non docente, altro) presso l'Istituto Scolastico \_\_\_\_\_

sotto la propria responsabilità dichiara quanto segue:

di essere soggetto "fragile" e a particolare rischio correlato con l'emergenza pandemica del SARS CoV 2.

Acerra, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma leggibile

\_\_\_\_\_

Allegare copia del documento di riconoscimento