****

Modulo per la richiesta di ripresa dell’attività lavorativa dopo una lunga assenza

Al medico competente

Al Dirigente Scolastico

Oggetto: Richiesta di ripresa dell’attività lavorativa dopo una lunga assenza

**Lavoratore (sig. ins. prof.) Nome Cognome, Luogo e Data di nascita, in servizio presso la scrivente istituzione scolastica nel ruolo di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .**

**Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio presso codesto Liceo con la mansione di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**essendosi assentato per un lungo periodo dal posto di lavoro, dal \_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DICHIARA**

**sotto la personale responsabilità di non trovarsi o essersi trovato in nessuna condizione di pericolo Covid 19 negli ultimi 14 giorni.**

Caltanissetta li\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ firma