

Da consegnare in busta chiusa
Al Direttore UOC Medicina del Lavoro
ASST Fatebenefratelli Sacco

Il/la sottoscritto/sottoscritta _____ Matricola n. _____

in servizio presso il Presidio Ospedaliero / Area Territoriale _____

UOC _____ nato/a a _____ il ___/___/___

operante presso ASST Fatebenefratelli Sacco quale

- dipendente a tempo indeterminato
- dipendente a tempo determinato
- titolare di contratto di lavoro autonomo in regime fiscale di libera professione
- titolare di contratto di lavoro autonomo in regime fiscale di collaborazione coordinata e continuativa
- personale convenzionato (ad es. medici specialisti ambulatoriali)
- studente
- frequentatore volontario

COMUNICA`

- di non essere in possesso della certificazione verde COVID-19 poiché esente dall'obbligo vaccinale (allegare documentazione sanitaria probante, redatta ai sensi di legge).

Alla luce di quanto sopra, il/la sottoscritto/sottoscritta _____
dichiara [] di autorizzare / [] di non autorizzare il medico competente ad informare il personale
deputato ai controlli relativi al possesso della Certificazione verde Covid-19 circa l'esonero dalle
procedure di verifica.

In fede

Luogo e data

Attenzione:

- Il presente modulo va consegnato, in busta chiusa, all'UOC Medicina del Lavoro.