



Piazza Dante n. 26 – 76125 TRANI (BT) – tel. 0883.582627
 Codice meccanografico: BMM209001 – Cod. Fisc.:83002390728
 e-mail: bamm209001@istruzione.it - PEC: bamm209001@pec.istruzione.it

Allegato 1

Modulo di richiesta di attivazione SORVEGLIANZA SANITARIA

Il/la sottoscritt__ nome..... cognome

Docente DSGA Assistente Amministrativa Collaboratore Scolastico

con contratto a tempo indeterminato determinato

nell'anno di prova si no

richiede l'attivazione della **sorveglianza sanitaria** secondo le indicazioni previste dalla C.M. congiunta Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale – Ministero della Salute n.13 del 4 settembre 2020.

A tal fine dichiara:

- di essere impiegat__ per n. ____ ore settimanali, di cui:
 - n.____ di insegnamento curricolare;
 - n.____ di potenziamento;
- di entrare in contatto con altri adulti (es. ins. di sostegno/potenziamento/educatrici):
 - si no;
 - n.____
- numero complessivo di alunni pari a n.____;
- numero di aule in cui si svolge l' azione didattica è pari a n.____;
- le aule in cui si svolge tale attività sono: (elencare i numeri identificativi di ciascuna aula)
_____;
- n.ore in altri ambienti (es. laboratori, palestra ecc.): n. ____
- gruppi di alunni differenti dall'impegno curricolare:
 - n. gruppi ____
 - n.ore totale ____
 - n. alunni ed età (se diversi dal gruppo classe): ____