



Fermo, 22 Settembre 2020

Prot. n. 1361/6-F

Oggetto: Lavoratori “fragili”.

Uffici Amm.vi e Sede Legale:
Via Giovanni da Palestrina, 63 - 63900 Fermo
Tel.: 0734 229400 - Fax: 0734 229004
E-mail: info@steat.it
Pec: segreteria@pec.steat.it - Web: www.steat.it



A TUTTO IL PERSONALE

LORO SEDI

Il recente documento “**Aggiornamento e chiarimenti, con particolare riguardo ai lavoratori e alle lavoratrici fragili**”, relativo alla Circolare Ministeriale del 29/04/2020, pone delle modifiche al concetto di “fragilità”.

Sulla base di dati epidemiologici recenti, la “maggiore fragilità” nelle fasce di età più elevate della popolazione va intesa congiuntamente alla presenza contemporanea di due o più malattie che possono integrare una condizione di maggior rischio (tale evoluzione delle evidenze in tema di fragilità è recepita nel Rapporto ISS COVID-19 n. 58 del 22 agosto 2020).

I lavoratori interessati dovranno spedire il modulo allegato, entro 10 giorni dalla data odierna, all’indirizzo mail del Medico Competente (riportato sul modulo stesso), unitamente alla documentazione sanitaria necessaria.

Il Direttore di Esercizio
Rag. Giuseppe Rutolini

Dott.ssa Etleva Cano

SPECIALISTA MEDICINA DEL LAVORO

Ambulatorio: via Brodolini, 20

63821 Porto S.Elpidio (FM)

ALLA CORTESE ATTENZIONE DEL MEDICO COMPETENTE

Compilare ed inviare a: eva984@virgilio.it

Il sottoscritto (COGNOME E NOME) _____

DIPENDENTE DITTA _____ TELEFONO _____

chiede una valutazione clinica da parte del Medico Competente, in relazione all'emergenza da SARS COV 2 (c.d. Coronavirus), in quanto affetto da almeno una delle seguenti condizioni:

- Patologia cronica in fase di scompenso clinico
- Donna in gravidanza
- Soggetto affetto da immunodepressione, immunosoppressione
- Tumore maligno negli ultimi 2 anni
- Portatore di handicap (Legge n. 104 del 5 febbraio 1992)

NB. È obbligatorio presentare copia della documentazione sanitaria: certificato del Medico di Medicina Generale (Medico di Famiglia) e/o del Medico Specialista, certificato di invalidità

DATA _____

FIRMA DEL LAVORATORE _____