

AI DIRIGENTE SCOLASTICO  
ISTITUTO COMPRENSIVO  
"VITO INTINI"  
MONOPOLI

**Oggetto: Richiesta di visita medica collegiale.**

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_  
nat\_\_ a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_,  
in servizio presso questo Istituto Comprensivo con il profilo di \_\_\_\_\_  
con contratto a tempo determinato/indeterminato (cancellare la voce che non interessa),

**C H I E D E**

**di essere sottopost\_\_ a visita medico-collegiale per l'accertamento dell'idoneità fisica e/ o  
dispensa dal servizio per inidoneità fisica, con eventuale utilizzazione in compiti diversi da  
quelli del profilo di attuale appartenenza.**

Allega il certificato del medico curante.

Monopoli, \_\_\_\_\_

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_