

**MODULO DI RICHIESTA PER IL RICONOSCIMENTO DELLA CONDIZIONE DI "FRAGILITÀ"  
AI SENSI DELL'ART. 26, COMMA 2, DEL D.L. N. 18/2020**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_  
in servizio presso il Dip.to \_\_\_\_\_ Struttura livello dirigenziale generale  
\_\_\_\_\_ Ufficio \_\_\_\_\_ tel/cell n. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_

RITENENDO DI RIENTRARE NELLA CONDIZIONE DI "FRAGILITÀ", CHIEDE DI ESSERE ADIBITO ALLA  
PRESTAZIONE LAVORATIVA IN MODALITÀ AGILE PER EVITARE MAGGIORE ESPOSIZIONE A RISCHIO DA  
COVID 19, PER LE CONDIZIONI IN CUI SI TROVA COME SOTTO INDICATE

- A** - presenza di rischio derivante da immunodepressione o da esiti da patologie oncologiche o dallo svolgimento di relative terapie salvavita.
- B** - possesso del riconoscimento di disabilità con connotazione di gravità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104.
- Si allega documentazione specialistica obbligatoria.**

in alternativa

- Il sottoscritto, nella condizione di cui al punto B, dichiara di aver già trasmesso la relativa documentazione sanitaria all'amministrazione.**

Data

Firma del lavoratore \_\_\_\_\_