Al DIRIGENTE SCOLASTICO

La sottoscritta Crocco Vincenzina**, nata a………… , in servizio presso la Vostra Istituzione scolastica I.C. San Giacomo La MUCONE, nel plesso della scuola………….., nel ruolo di docente/collaboratore scolastico/Assistente Amministrativo**

chiede

di essere sottoposta a visita medica al fine di emettere il prescritto giudizio di idoneità al lavoro.

Al fine di fornire alla S.V. un quadro esaustivo concernente la tipologia delle mansioni e le modalità di espletamento delle stesse all’interno dell’Istituzione scolastica, si rappresenta quanto segue.

**Mansione:**

la sottoscritta è inquadrato nella mansione di **: Collaboratore scolastico/Assistente Amministrativo/docente**

**Descrizione della mansione:**

Svolgo attività di collaboratrice scolastica/assistente amministrativo/docente caratterizzata da:

**La prestazione professionale si sostanzia in quanto segue:** ……………………………………….

………………………………………………………………………………………………..

Osserva settimanalmente, per n. ore complessive, il seguente orario di servizio (Giorni da ………….).

La prestazione lavorativa si svolge in locali/ambienti caratterizzati dai seguenti elementi strutturali (metratura circa mq, areazione , collocazione al piano .

Nel corso della sua prestazione professionale entra in contatto con n. docenti, n collaboratore scolastico, n. accompagnatore, n. genitori circa che consegnano gli alunni all’ingresso della scuola.

La lavoratrice