Spett.le Amministrazione

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Oggetto: diffida.

 Il/la sottoscritto/a ………………………………………………………….….., dipendente dell’Amministrazione in indirizzo con qualifica di ………………….………., dichiara di accusare sintomi riconducibili al virus COVID – 19, contratto nell’ambiente di lavoro.

Richiede pertanto l’immediata esecuzione da parte del datore di lavoro delle verifiche mediche necessarie ad accertare l’eventuale contagio, al fine di procedere alla conseguente denuncia di infortunio INAIL, giusta delibera 17.03.2020.

Con riserva di ogni più ampia tutela nel caso di mancato fattivo riscontro a tale legittima istanza, si porgono distinti saluti.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_