



Circolare interna n. 84

Chiaravalle, 20/12/2021

Ai docenti classe 5H

Agli alunni e rispettive famiglie

classe 5H iscritti corso OSS

SEDE CHIARAVALLE

**Oggetto: Visita medica per stage presso strutture sanitarie – corso Operatore Socio Sanitario**

Con la presente si comunica che gli alunni della classe 5H, frequentanti il corso Operatore Socio Sanitario - Codice 1043913, prima di iniziare lo stage presso la rispettiva struttura sanitaria, dovranno effettuare la visita con il medico competente ASUR Dott. Gianfranco Sacchi.

Gli studenti dovranno essere in possesso della seguente documentazione sanitaria:

1. Libretto vaccinale;
2. Test di Mantoux (TBC) di recente effettuazione;
3. Emocromo di recente effettuazione.

La visita medica verrà effettuata presso l'aula CIC della sede scolastica di Chiaravalle in data VENERDI' 07/01/2022 a partire dalle ore 10.00.

Si allega modello per richiesta rimborso esami medici.

IL DIRIGENTE

Prof.ssa Laura Castellana

IL COORDINATORE DI SEDE

Prof. Roberta Meggiori

Al Dirigente Scolastico  
Istituto di Istruzione Superiore  
Podesti Calzecchi Onesti

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
iscritto al corso Operatore Socio Sanitario a.s. 2021/2022 cod. 1043913 comunica di aver  
sostenuto le seguenti spese mediche per l'avvio dello stage sanitario:

descrizione \_\_\_\_\_ importo \_\_\_\_\_

descrizione \_\_\_\_\_ importo \_\_\_\_\_

descrizione \_\_\_\_\_ importo \_\_\_\_\_

e chiede pertanto il rimborso di quanto sopra indicato, come da documenti allegati alla presente  
richiesta.

Al fine del rimborso comunica i seguenti dati:

IBAN intestato al richiedente

Paese	Cin Euro	Cin It.	ABI	CAB	Conto corrente

Conto corrente intestato a:

cognome \_\_\_\_\_

nome \_\_\_\_\_

data di nascita \_\_\_\_\_ luogo di nascita \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma alunno

\_\_\_\_\_

Firma genitore (se minorenni)

\_\_\_\_\_