

## Allegato 4: Modulo "Assenza per sorveglianza a lungo termine"

### DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO COMPETENTE AZIENDALE

**Alla SOC GRU**

[malattia.risorseumane@uslcentro.toscana.it](mailto:malattia.risorseumane@uslcentro.toscana.it)

**OGGETTO:** "Sorveglianza COVID positivi a lungo termine" Periodo di assenza o rientro a lavoro.

In seguito al percorso di sorveglianza per gli operatori positivi a lungo termine, in attuazione della relativa disposizione aziendale con la presente si comunica che:

Il dipendente \_\_\_\_\_

E' assente nei giorni [specificare dal > al; oppure il g. oppure i gg.]

\_\_\_\_\_

per gli accertamenti sanitari finalizzati alla ricerca della negativizzazione del Tampone.

Permane la condizione di infortunio

Il dipendente può riprendere il lavoro il \_\_\_\_\_

Saluti

Luogo \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**IL MEDICO COMPETENTE**

\_\_\_\_\_