**ACCERTAMENTI CLINICI E**

**VISITE MEDICHE SPECIALISTICHE PRENATALI**

Al Dirigente Scolastico

…………………………………….….

………………………………...………

………………..…….

**OGGETTO: Visita** **medica prenatale**

La sottoscritta ……………………………………………………………………., nata a

…….………………….…………………. il ………………..…….., in servizio presso codesta

istituzione scolastica in qualità di ………………………………., con contratto di lavoro a tempo

indeterminato/determinato, gestante al ………….………. mese di gravidanza, comunica che ai

sensi dell’art. 14 del decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151, si asterrà dal lavoro ne…. giorn...

…………..………, dovendo effettuare dei **“controlli prenatali”**, come da certificato, che si allega,

rilasciato dal dott. ……...........…………….………….……. in data ………………

La sottoscritta produrrà, al rientro, certificato attestante la data e l'orario di avvenuta effettuazione dei “controlli”.

…….……….., li ……….………

Firma

……………………………………………..