

**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

.....