**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

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