ACCERTAMENTI CLINICI E
VISITE MEDICHE SPECIALISTICHE PRENATALI

Al Dirigente Scolastico

Istituto Comprensivo Statale
"TANCREDI – AMICARELLI"
71037 Monte sant'Angelo

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".

…….……., …….……

Firma

……..