

**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

.....

