|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Domanda per Accertamenti clinici e visite mediche specialistiche prenatali** | |  | | --- | | Cod. Doc: Accertamenti prenatali  Data emissione\_\_\_\_\_  N°. di revisione\_\_\_\_\_ | |

# 

# Alla Dirigente Scolastica

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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dalle ore\_\_\_\_\_\_\_alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_ dovendo effettuare un **controllo prenatale.** [[1]](#footnote-1)

La sottoscritta produrrà, al rientro, la relativa documentazione giustificativa attestante la data e l'orario di effettuazione del controllo.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma

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

1. Il permesso può essere richiesto per esami prenatali, accertamenti clinici ovvero visite mediche specialistiche [↑](#footnote-ref-1)