

**ACCERTAMENTI CLINICI E  
VISITE MEDICHE SPECIALISTICHE PRENATALI**

Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto Comprensivo n. 2  
MONTECCHIO MAGGIORE

**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... ..... dalle ore ..... alle ore ..... 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

.....