Al Dirigente Scolastico

VI Istituto Comprensivo

PADOVA

OGGETTO**: Accertamenti clinici - VISITE MEDICHE SPECIALISTICHE PRENATALI**

La sottoscritta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cognome e nome

nata a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in servizio presso codesta istituzione scolastica in qualità di:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| x | DOCENTE | x | scuola primaria |  |  |  |
|  |  |  | scuola secondaria 1° grado | con contratto a |  | tempo determinato |
| x | ATA |  | Collaboratore scolastico |  |  | tempo indeterminato |
|  |  |  | Assistente amministrativo  Assistente tecnico |  |  |  |
|  |  |  | DSGA |  |  |  |

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.

Padova, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Firma