ACCERTAMENTI CLINICI E VISITE MEDICHE SPECIALISTICHE PRENATALI	Mod. AP – 7a Pagina **1** di **1**

Al Dirigente Scolastico

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".

Data_____ Firma_____

^^^