

**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

.....