# logo ambito.jpgISTITUTO COMPRENSIVO “*VIA RUGANTINO 91*” – ROMA

*Scuola dell’Infanzia – Primaria – Secondaria di Primo Grado*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Allegato 3** | Anno Scolastico  20\_\_/20\_\_ |  | ATA |  | DOCENTE SCUOLA |  | INFANZIA |
| Roma \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |  | PRIMARIA |
|  | SECONDARIA DI PRIMO GRADO |
| OGGETTO: **Accertamenti clinici e visite mediche specialistiche prenatali** | | | | | | | |

Al Dirigente Scolastico

dell’I.C. Via del Rugantino 91

Roma

La sottoscritta \_\_\_\_ nata a \_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_, in servizio presso codesto Istituto Comprensivo 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 dalle ore \_\_\_:\_\_\_ alle ore \_\_\_:\_\_\_ il giorno \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ dovendo effettuare – in orario coincidente con quello di lavoro – dei “controlli prenatali”.

Al rientro la sottoscritta produrrà certificazione attestante la data e l'orario di avvenuta effettuazione dei “controlli”.

La sottoscritta dichiara altresì che per i controlli richiesti non è stata possibile l’effettuazione al di fuori dell’orario di servizio

|  |  |
| --- | --- |
|  | Firma  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  La veridicità della firma è confermata dall’indirizzo della posta elettronica presente nell’anagrafica della segreteria digitale |