



Ministero dell'Istruzione

ISTITUTO COMPRENSIVO DI ALBIATE E TRIUGGIO

Via J.F. Kennedy, 9 – 20844 TRIUGGIO (MB) - tel/fax 0362/970161
C.F. 83011480155 - Cod. mecc. MBIC82900X

✉ MBIC82900X@istruzione.it P.E.C. MBIC82900X@pec.istruzione.it
www.icalbiatetriuggio.edu.it

Alla Dirigente Scolastica
I.C. "Albate e Triuggio"
Triuggio (MB)

ESAMI, ACCERTAMENTI CLINICI E VISITE MEDICO-SPECIALISTICHE *PRENATALI*

Richiesta di specifico permesso retribuito in orario di servizio non soggetto a recupero
(Art. 14, D. Lgs. 151/2001)

Data ____/____/____

Anno Scolastico 20____/20____

Collaboratrice Scolastica

La sottoscritta _____

nata a _____, provincia _____, il ____/____/____, in servizio presso
codesto Istituto Comprensivo in qualità di collaboratrice scolastica lavoratrice in attuale stato di gravidanza
presso la

- Scuola Primaria "G. Ungaretti" – Albiate (MB) Scuola Secondaria di I Grado "E. Fermi" – Albiate (MB)
 Scuola Primaria "P. Borsellino" – Triuggio (MB) Scuola Secondaria di I Grado "G. Casati" – Triuggio (MB)
 Scuola Primaria "G. Falcone" – Tregasio (MB)

con contratto di lavoro a tempo indeterminato determinato,

comunica che, ai sensi dell'art. 14 del Decreto Legislativo 26 marzo 2001, n. 151, **si asterrà dal lavoro dalle ore ____:____ alle ore ____:____ del giorno ____/____/____** dovendo effettuare – in orario coincidente con quello lavorativo – dei "controlli prenatali".

Al rientro, la sottoscritta **produrrà certificazione attestante la data e l'orario** di avvenuta effettuazione dei controlli prenatali.

La sottoscritta dichiara altresì che, per i controlli richiesti, non è stata possibile l'effettuazione degli stessi al di fuori dell'orario di servizio ed è consapevole che, terminata la visita medica o l'esame diagnostico, la lavoratrice è tenuta a riprendere servizio.

Firma