



Al Dirigente Scolastico
ISTITUTO COMPENSIVO AVIO
SEDE

OGGETTO: **TUTELA DELLA MATERNITA' – PERMESSI PER ESAMI PRENATALI**

Il/La sottoscritto/a _____ in qualità di
docente a tempo ☐ determinato ☐ indeterminato, in servizio presso codesto Istituto nel corrente anno
scolastico,

c h i e d e

☐ **PERMESSO RETRIBUITO** per l'effettuazione di esami prenatali il giorno _____
dalle ore _____ alle ore _____ (Art. 51, c2, C.C.P.L. 2002/05 e s.m.)

- si allega certificato medico attestante lo stato di gravidanza, se non già presente agli atti dell'istituto
- si allega certificato medico con autocertificazione tempo viaggio.

DATA _____

IL RICHIEDENTE _____

Il Dirigente Scolastico
Niccolò Dai Pra'