

**MODULO DI RICHIESTA DEL CERTIFICATO MEDICO GRATUITO IN AMBITO
SCOLASTICO PER L'ATTIVITA' SPORTIVA NON AGONISTICA**

(D.M. 24 Aprile 2013 e s.m.i. e ACN pediatria 15 Dicembre 2005 e s.m.i.)

Il Dirigente Scolastico, nella sua qualità di legale rappresentante dell'Istituto

CHIEDE

per l'alunno/a..... nato/a il.....

frequentante la classe la classe.....sez. Sec. di I° grado di

il rilascio del certificato medico per l'attività sportiva non agonistica, come previsto dal Decreto del Ministro della salute del 24 aprile 2013 e successive modifiche e integrazioni dalla Legge 9 agosto 2013 n.98, dal Decreto del Ministro della Salute dell'8 agosto 2014, dalla legge del 30 ottobre 2013 n.125 e dall'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri del 15/12/2005 e ss.mm.ii. per la pratica di attività sportive non agonistiche, relative a:

- ☐ CAMPIONATI STUDENTESCHI comprese le fasi d'Istituto, comunali e provinciali.
- ☐ ATTIVITA' PARASCOLASTICHE intese come attività fisico-sportive inserite nel P.T.O.F. svolte in orario extracurricolare, con la partecipazione attiva dell'insegnante, finalizzate alla partecipazione a gare, campionati, competizioni tra atleti e/o manifestazioni sportive organizzate dal MIUR o da Enti pubblici e privati e organizzate nell'ambito dei Centri Sportivi Scolastici dalle fasi di istituto fino alle fasi provinciali comprese.

Data.....

La Dirigente Scolastica
Dott.ssa Monica BERTACCO
**Firma autografa sostituita a mezzo
stampa ai sensi dell'art. 3 comma 2 del D. Lgs39/1993**

**Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo di Gorgo al Monticano**

**CERTIFICAZIONE PER ATTIVITÀ SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO IN AMBITO
SCOLASTICO**

(Legge n°125 del 30/10/2013, Linee Guida del Ministero della salute dell'8/08/2014)

Il/La Sig./ra,di cui sopra, sulla base della visita medica da me effettuata,
dei valori di pressione arteriosa rilevati, nonché del referto del tracciato ECG eseguito in data
...../...../.....non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva non agonistica. Il presente
certificato ha validità annuale dalla data del suo rilascio.

Luogo

Data/...../.....

Timbro e Firma
del Medico Certificatore

.....