



Ministero dell'Istruzione e del Merito
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "CARLO DEL PRETE"



Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° Grado
(CON SEDI IN CASSOLNOVO – MOLINO DEL CONTE - CILAVEGNA – GRAVELLONA LOMELLINA)
via Tornura, 1 - 27023 Cassolnovo (PV) - TEL. 0381/910147 - SITO WEB: www.icdelprete.edu.it
C.F. 85007440184 – COD. MECC. PVIC80300L - E-MAIL: pvic80300l@istruzione.it – PEC: pvic80300l@pec.istruzione.it

RICHIESTA CERTIFICAZIONE MEDICA PER ATTIVITÀ SPORTIVA IN AMBITO SCOLASTICO

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 42-bis del D.L 21/06/2013, n. 69, convertito dalla L. 09/08/2013, n. 98 e s.m., e del DM 08/08/2014 recante "Linee guida di indirizzo in materia di certificati medici per l'attività sportiva non agonistica", nonché dei punti a) e c) della Nota esplicativa del Ministero della Salute n. 4165 del 16/06/2015

si richiede

che l'alunno/a _____ nato/a _____

il _____ frequentante la classe _____ venga sottoposto al controllo sanitario di cui alla citata normativa per il rilascio, per uso scolastico, del certificato di idoneità all'attività sportiva di tipo non agonistica relativa a:

- **Attività parascolastiche** inserite nel PTOF – non in orario delle lezioni curricolari di Educazione Motoria.
- **Giochi sportivi studenteschi** per le fasi precedenti a quelle nazionali.

Si precisa che il certificato IN ORIGINALE sarà acquisito agli atti dell'Istituzione Scolastica e non sarà riprodotto in alcuna forma né utilizzato per scopi diversi da quello scolastico.

Ai sensi della nota della D.G. Salute di REGIONE Lombardia del 6 febbraio 2014, si ricorda che gli alunni già in possesso di certificato per attività sportiva agonistica, qualunque sia lo sport praticato (visite da A1 a B5) non devono richiedere una seconda certificazione per l'attività sportiva non agonistica, ma è sufficiente che la scuola abbia la copia del certificato per l'attività agonistica.

Il Dirigente Scolastico

Dott.ssa Laura Di Rosa*

*firma autografa omessa ai sensi dell'art. 3 del D. Lgs n. 39/1993

CERTIFICATO DI IDONEITA' ALLA PRATICA DI ATTIVITA' SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO

(All. C. Decr. Interm. 24/04/2013)

Certifico che l'alunno/a _____

Nato a _____ il _____ 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 la validità annuale dalla data del rilascio.

Data _____

Il Medico
(TIMBRO E FIRMA)