



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca  
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE  
Scuola dell'infanzia-Scuola primaria-Scuola secondaria di 1° a indirizzo musicale  
"BOER-VERONA TRENTO"  
Via XXIV Maggio, 84 - 98122 MESSINA

☎ 090.42910 Fax 090.3710517

MEIC8933003

C.F. 80007240833

✉ [meic8933003@istruzione.it](mailto:meic8933003@istruzione.it)

✉ [meic8933003@pec.istruzione.it](mailto:meic8933003@pec.istruzione.it)

## **RICHIESTA CERTIFICAZIONE MEDICA PER ATTIVITÀ' SPORTIVE**

In ambito scolastico ai sensi del Decreto del Ministro della Salute. 08/08/2014

**A.S. 2019/20**

Ai sensi e per gli effetti dall'art. 3 del Decreto Interministeriale del 24/04/2013, modificato dall'art. 42 bis del Decreto Legge n.69/2013, convertito dalla Legge n. 98/2013 e s.m.i.,

si richiede che l'alunno/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in Via/P.zza \_\_\_\_\_

venga sottoposto al controllo sanitario di cui alla citata normativa per il rilascio gratuito- per uso scolastico - del certificato di idoneità all'attività sportiva di tipo non agonistica relativamente a:

1) **[X] ATTIVITÀ' PARASCOLASTICHE:** intese come attività fisico sportive inserite nel P.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.

2) **[X] GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI:** dalle fasi d'istituto fino alle fasi regionali comprese. 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.



\*\*\*\*\* (Medico / Pediatra)

Dott.: \_\_\_\_\_ (Medico / Pediatra)

### **CERTIFICATO DI IDONEITÀ' ALLA PRATICA DI ATTIVITÀ' SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO**

(All. C - Decr. Intermin. 24/04/2013)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente \_\_\_\_\_

Il soggetto, 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 rilascio.

Data, \_\_\_\_\_ Il Medico  
(Timbro e firma)