



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca  
**Istituto Comprensivo "BOER-VERONA TRENTO" - Messina**

**Oggetto:** **RICHIESTA CERTIFICAZIONE MEDICA PER ATTIVITA' SPORTIVE** in ambito scolastico ai sensi del Decreto del Ministro della Salute. 08/08/2014 .

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)  **ATTIVITA' 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)  **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.

data **19 DIC 2016**



Il Dirigente Scolastico  
**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**  
*Antonio Sabato*

\*\*\*\*\*

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

**CERTIFICATO DI IDONEITA' ALLA PRATICA DI ATTIVITA' SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO**  
 (All. C Decr. Interm. 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)