



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)