

Istituto Comprensivo Marco Polo

Via Paternò,22 - 00133, Roma - TEL 06/20760256 - FAX 06/20749385 PEC:
rmic855004@pec.istruzione.it - C.F.80236950582

MODULO DI RICHIESTA DEL CERTIFICATO MEDICO GRATUITO IN AMBITO SCOLASTICO SCUOLA/ISTITUTO

Ai sensi de decreto 24 aprile 2012 e s.m.i. e ACN 29 luglio 2009 – allegato H dell’A.C.N. della Medicina Generale del 29 maggio 2009, art. 45 e del D.M dell’8 agosto 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.

Il sottoscritto nella sua qualità di legale rappresentante dell’**ISTITUTO COMPRESIVO MARCO POLO**

chiede

che l’alunno/a nato/a il..... frequentante la classe..... sez.....

venga sottoposto al controllo sanitario di cui ai citati D.M. e D.P.R. per la pratica, nell’ambito scolastico, di attività sportive non agonistiche relative a:

[] **ATTIVITA’ PARASCOLASTICHE:** intese come attività fisico sportive inserite nel P.T.O.F. svolte in orario curriculare e 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.

[] **GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI** solo per coloro che partecipano ai Giochi Sportivi Studenteschi alle fasi successive a quella d’istituto e precedenti quelle nazionali.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Modulo rilascio certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva di tipo non agonistico in ambito scolastico (D.M. 24 Aprile 2013 e s.m.i. all. H)

Studiante....., nata/o a

il, residente a.....

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, dei valori di pressione arteriosa rilevati, non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva non agonistica in ambito scolastico.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

Luogo e data

Dott.