



MINISTERO DELL' ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA

MODULO DI RICHIESTA DEL CERTIFICATO MEDICO GRATUITO IN AMBITO SCOLASTICO:

ISTITUTO COMPRENSIVO "DANTE ALIGHIERI" CASERTA

Ai sensi de decreto 24 aprile 2012 e s.m.i. e ACN 29 luglio 2009 – allegato H

La sottoscritta Dirigente Scolastico Dott.ssa TANIA SASSI, nella sua qualità di legale rappresentante dell'Istituto Comprensivo Statale "Dante Alighieri" di Caserta, chiede che l'alunn. nat... 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 extracurricolare, con la partecipazione attiva dell'insegnante, finalizzate alla partecipazione a gare, campionati, competizioni tra atleti e/o manifestazioni sportive organizzate da Enti accreditati o nell'ambito dei Centri Sportivi Scolastici.

Data



IL DIRIGENTE SCOLASTICO
dott.ssa Tania SASSI
Firma Autografa a mezzo stampa

Certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva di tipo non agonistico

L'alunn _____, nat _ a _____ ()

il ___ / ___ / ___ e residente a _____ ()

in via _____, n. _____.

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.

Data, ___ / ___ / _____

Timbro e firma del medico

Si rilascia il presente certificato per uso scolastico prodotto in forma gratuita.