



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE per IL LAZIO

ISTITUTO COMPRENSIVO 2^A

Via XX Settembre 22 – 03043 CASSINO (FR) – C.F. 90032280605 - Tel. 0776/21841 Fax 0776/325359

* fric85400d@istruzione.it posta certificata * fric85400d@pec.istruzione.it Sito web

www.iccassino2.gov.it

MODULO DI RICHIESTA DEL CERTIFICATO MEDICO GRATUITO IN AMBITO SCOLASTICO.

Ai sensi dell'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. e ACN 29/07/2009 – allegato H.

La sottoscritta prof.ssa Antonella Falso nella sua qualità di legale rappresentante del I.C.2 "G. Conte" chiede che l'alunna/o.....

nata/o il..... frequentante la classe.....: ...

venga sottoposta/o al controllo sanitario di cui ai citati decreti e leggi per la pratica, nell'ambito scolastico, di attività sportive non agonistiche relative a:

- ATTIVITA' PARASCOLASTICHE: intese come attività fisico-sportive svolte in orario extracurricolare, con la partecipazione attiva e responsabile 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.
- CAMPIONATI STUDENTESCHI: dalle fasi di istituto fino alle fasi regionali comprese.

.....,

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(timbro e firma autografa)

CERTIFICO CHE

Lo studenteNata/o a

....., residente a.....

sulla base della visita medica da me effettuata, dei valori di pressione arteriosa rilevati, nonché del referto del tracciato

E.C.G. eseguito in data, non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva non agonistica in ambito scolastico.

Si rilascia gratuitamente su richiesta del Dirigente Scolastico, per gli usi consenti dalla legge.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio ed è valido esclusivamente in copia originale e per il solo uso scolastico.

.....,

Firma e timbro del medico