



Ministero dell'Istruzione e del Merito
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "G. FALCONE E P. BORSELLINO"

Via G. Giolitti, 11 – 20022 Castano Primo (MI)
Tel. 0331 880344 - C.M. MIIC837002 – C.F. 93001830152
miic837002@istruzione.it - miic837002@pec.istruzione.it
codice univoco – UF96W5 - www.icscastano.edu.it



MODULO DI RICHIESTA DEL CERTIFICATO MEDICO GRATUITO IN AMBITO SCOLASTICO

Ai sensi dell'art. 3 del Decreto del Ministero della Salute del 24/04/2013, modificato dall'art. 42 bis del Decreto Legge n. 69/2013, convertito dalla Legge n. 98/2013; dell'art. 4, comma 10 septies del Decreto Legge n. 101 del 31/08/2013, convertito con modificazioni, dalla Legge n. 125, del 30/10/2013; del Decreto del Ministero della Salute dell'08/08/2014 (Linee Guida di indirizzo in materia di certificati medici per l'attività sportiva non agonistica); della Nota esplicativa del 17 giugno 2015; della Nota integrativa del 28 ottobre 2015;

la Dirigente Scolastica Dott.ssa Carmela Foti, nella sua qualità di legale rappresentante dell'Istituto Comprensivo Statale G.Falcone P. Borsellino di Castano Primo, MI, chiede che
l'alunno/a _____

nato/a il _____ a _____

frequentante la classe _____ del plesso _____

venga sottoposto/a al controllo sanitario di cui ai citati decreti e leggi per lo svolgimento di campionati studenteschi, gare e competizioni, nell'ambito scolastico, di attività sportive inserite nel PTOF.

Data.....

La Dirigente Scolastica

Dott.ssa Carmela Foti

Firmato digitalmente ai sensi del Codice
dell'Amministrazione digitale e norme ad esso connesse

CERTIFICAZIONE DI IDONEITA' ALLA PRATICA SPORTIVA

Vista la richiesta effettuata e sottoscritta dall'Autorità scolastica in data/...../.....

si certifica che il nato a.....

il/...../..... residente a....., sulla base della visita medica da me effettuata, dei valori di pressione rilevati, nonché del referto del tracciato ECG eseguito in data....., non presenta controindicazioni in atto allo svolgimento delle attività sportive organizzate dalla scuola.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

Luogo data,/...../.....

Firma e timbro del medico