

MODULO RICHIESTA CERTIFICATO MEDICO GRATUITO IN AMBITO SCOLASTICO

Ai sensi dell'art. 3 del Decreto Min. Salute del 24/04/2013, modificato dall'art. 42 bis del Decreto Legge n.69/2013, convertito dalla Legge n. 98/2013 e ss.mm.ii e del Decreto Min. Salute 8 agosto 2014

ISTITUTO COMPRENSIVO I.C. TRICHIANA (BL)

Il sottoscritto Alessandra Nuti, nella sua qualità di legale rappresentante dell'Istituto Comprensivo Statale di Trichiana (BL), chiede che l'alunno/a:

_____, nato a _____ (____) il _____,
frequentante la classe _____ sez. _____ presso la scuola _____ dell'I.C. di Trichiana, venga sottoposto al controllo sanitario di cui ai citati D.M. e D.L. per la pratica, nell'ambito scolastico, di attività sportive non agonistiche relativa a:

- ATTIVITA' PARASCOLASTICHE:** intese come attività fisico sportive svolte in orario extracurricolare, con la partecipazione attiva dell'insegnante, finalizzate anche 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:** per tutte le fasi successive a quella d'istituto (dalla fase provinciale alla fase regionale) che precedono quella Nazionale.

Borgo Valbelluna, _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Alessandra Nuti

F.I.M.P.

Federazione Italiana Medici Pediatri
Regione Veneto

Allegato F

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. e ACN pediatria 29 luglio 2009 e s.m.i. allegato H)

Istituto: Istituto Comprensivo Statale Di Trichiana (BL)

Studente: _____ nato il _____ a _____

Residente a _____

Frequentante la classe _____ sez. _____ presso la Scuola _____

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, dei valori di pressione arteriosa rilevati, nonché del referto del tracciato E.C.G (**esenzione ticket I01 per attività sportiva scolastica con impegnativa del Medico curante**). eseguito in data _____, non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva non agonistica in ambito scolastico.

Si rilascia gratuitamente su richiesta del Capo d'Istituto, per gli usi consentiti dalla legge.

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

.....

Luogo e data

.....

.....

Timbro e firma del Medico