



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI CAPOSELE
 CON SEZIONI ASSOCIATE DI CALABRITTO E SENERCHIA
 Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria I grado
 "Francesco De Sanctis"
 via Pianello - 83040 - Caposele (AV)
 tel 0827 53012 fax 0827 53012
 e-mail: avic871008@istruzione.it e-mail-pec: avic871008@pec.istruzione.it
 sito: www.iccaposele.it
 Codice Meccanografico AVIC871008 Codice Fiscale 91010310646



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE - "F. DE SANCTIS" - CAPOSELE
 Prot. 0003465 del 03/10/2018
 04-09 (Uscita)

RICHIESTA CERTIFICATO MEDICO PER ATTIVITA' SPORTIVA NON AGONISTICA

Data.....

Al medico dell'alunno/a.....nato/a a

il.....e residente a.....in via/p.zza.....

OGGETTO: Richiesta certificazione medica ai sensi del Decreto del Ministro della Salute 08/08/2014 "Linee guida di indirizzo in materia di certificati medici per l'attività sportiva non agonistica"

Ai sensi e per gli effetti dell'art.42-bis del D.L. 21/06/2013 n°69, convertito dalla L.08/09/2013 n°98 e s.m., si richiede che l'alunno/a venga sottoposto/a al controllo sanitario di cui alla citata norma per il rilascio -ad uso scolastico- del certificato di idoneità all'attività sportiva di tipo non agonistico.

Si precisa che il certificato IN ORIGINALE sarà acquisito agli atti dell'Istituto e non sarà riprodotto in alcuna forma, nè utilizzato per scopi diversi da quello scolastico.



IL DIRIGENTE SCOLASTICO
 Prof. Gerardo Vespucci

Il Dirigente Scolastico

REGIONE CAMPANIA

Dott.:.....(Medico/Pediatra)

CERTIFICATO DI IDONEITA' ALL'ATTIVITA' SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO
 (All. C Decr. Interm. 24/04/2013)

Cognome.....Nome.....

nato/ail.....residente a.....

Il soggetto sulla base della visita medica da me effettuata, dei valori arteriosi rilevati, non che del referto del tracciato ECG eseguito in data....., non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva non agonistica.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

Data:.....

Il Medico:.....

(timbro e firma)