

**MODULO DI RICHIESTA DEL CERTIFICATO MEDICO GRATUITO IN AMBITO SCOLASTICO
PER L'ATTIVITA' SPORTIVA NON AGONISTICA**

(D.M. 24 Aprile 2013 e s.m.i.)

Il Dirigente Scolastico, nella sua qualità di legale rappresentante dell'Istituto Istruzione Superiore "P.L. NERVI-ALAIMO" di Lentini

chiede per

l'alunno/a nato/a il a

..... frequentante la classe.....sez Sec. di II° grado, Istituto Istruzione Superiore "P.L. Nervi-Alaimo" di Lentini

il rilascio del certificato medico per l'attività sportiva non agonistica, come previsto dal Decreto del Ministro della salute del 24 aprile 2013 e successive modifiche e integrazioni dalla Legge 9 agosto 2013 n.98, dal Decreto del Ministro della Salute dell'8 agosto 2014, dalla legge del 30 ottobre 2013 n.125 . per la pratica di attività sportive non agonistiche, relative a :

O CAMPIONATI STUDENTESCHI comprese le fasi d'Istituto, comunali e provinciali.

O 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 dal MIUR o da Enti pubblici e privati e organizzate nell'ambito dei Centri Sportivi Scolastici dalle fasi di istituto fino alle fasi provinciali comprese.

Il Dirigente Scolastico
Giuseppina Sanzaro
Firma autografa sostituita
stampa ai sensi dell'art. 3 comma 2 del D.L.



AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO ISTRUZIONE SUPERIORE "P.L. Nervi- Alaimo di
Lentini

CERTIFICAZIONE PER ATTIVITÀ SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO IN AMBITO SCOLASTICO

(Legge n°125 del 30/10/2013, Linee Guida del Ministero della salute dell'8/08/2014)

Il/La Sig./ra,.....di cui sopra, sulla base della visita medica da me effettuata, dei valori medici rilevati, nonché della documentazione prodotta in data/...../..... non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva non agonistica.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del suo rilascio.

Luogo

Data/...../.....

Timbro e Firma
del Medico Certificatore

.....