

III ISTITUTO COMPRENSIVO-GIARRE

V.LE DON MINZONI, 66-95014-GIARRE

TEL.095-931031-FAX.095-7797017

e-mail: CTIC8A000X@ISTRUZIONE.IT

<http://www.3icgiarre.gov.it/>

MODULO DI RICHIESTA DEL CERTIFICATO MEDICO GRATUITO IN AMBITO SCOLASTICO

"Per tutti gli alunni partecipanti ai Campionati Studenteschi, dalle fasi d'Istituto fino alla fasi regionali comprese, è previsto il possesso del certificato di idoneità all'attività sportiva non agonistica, così come descritto dall'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.i.

Al riguardo appare opportuno precisare che utili chiarimenti in merito alle suddette certificazioni sono contenute nelle Linee Guida emanate dal Ministro della Salute in data 8 agosto 2014, nella nota Ministero della Salute prot. 4165 del 16/06/2015 e prot. 5479 del 17/06/2015 recanti all'oggetto "nota esplicativa del Decreto del Ministro della salute 8 agosto 2014 – Linee guida di indirizzo in materia di certificati medici per l'attività sportiva non agonistica", pubblicate sul sito www.campionatistudenteschi.it."

La sottoscritta Dott.ssa Rossana Maletta nella sua qualità di legale rappresentante del III Istituto Comprensivo di Giarre, chiede che l'alunn _____ classe _____ sez. _____ nat _____ il _____ venga sottopost _____ al controllo sanitario di cui ai citati articoli di legge per la pratica, nell'ambito scolastico, di attività sportive non agonistiche relative a 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.

Giarre _____



La Dirigente Scolastica
Dott.ssa Rossana Maletta

Rossana Maletta

CERTIFICATO DI IDONEITA' ALLA PRATICA DI ATTIVITA' SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO

NOME _____ COGNOME _____ CLASSE _____ SEZ _____

nato/a _____ prov. _____ il _____

residente a _____ prov. _____

Il soggetto sulla base della visita medica e dell'anamnesi da me effettuata, dei valori di pressione arteriosa rilevati, nonché del referto del tracciato ECG eseguito in data _____ non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva non agonistica.

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 uso scolastico

_____ li _____

Il Medico Certificatore

.....
Timbro e firma