



Istituto Comprensivo Statale "A. Antonelli"
Via Vescovo Bovio 7/9 28043 Bellinzago Novarese (NO) tel. e fax 032198157
E-mail: segreteria@icantonellibellinzago.it Pec: noic813002@pec.istruzione.it - C. F. 94009490031
www.icantonellibellinzago.edu.it

MODULO DI RICHIESTA PER IL RILASCIO DI CERTIFICATO MEDICO GRATUITO IN AMBITO SCOLASTICO

Ai sensi del D.M dell'8 agosto 2014 recante "Linee guida di indirizzo in materia di certificati medici per l'attività sportiva non agonistica" nonché dei punti a) e c) della Nota Esplicativa del Ministero della Salute n° 4165 del 16/06/2015

Lo scrivente Giovanni Galvagno in qualità di Dirigente Scolastico

CHIEDE

che l'alunno.....

nato il.....a.....frequentante la classe.....

venga sottoposto al controllo sanitario, nonché ai citati D.M. per la pratica nell'ambito scolastico di **attività sportive non agonistiche** relative a:

1) [a] **ATTIVITA' PARASCOLASTICHE:**

alunni che svolgono attività fisico-sportive organizzate dagli organi scolastici nell'ambito delle attività parascolastiche inserite nel PTOF - non in orario Educazione Fisica

2) [c] **GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI:**

coloro che partecipano ai Giochi Sportivi Studenteschi nelle fasi precedenti a quelle nazionali, compresa la fase d'Istituto

Data

Il Dirigente Scolastico

Prof. Giovanni Galvagno

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3, comma 2, del D.Lgs. 39/93

CERTIFICAZIONE DI IDONEITA' (A CURA DEL MEDICO CURANTE)

Certifico che l'alunno/a nato/a a

il residente a in via

Sulla base della visita da me effettuata, dai valori pressori rilevati, nonché del referto dell'ECG effettuato in data / /

NON presenta controindicazioni in atto alla pratica sportiva non agonistica.

Il presente certificato, ad uso esclusivo scolastico, ha validità annuale dalla data del rilascio.

Luogo e data

IL MEDICO CURANTE
(timbro e firma)