



MINISTERO DELL' ISTRUZIONE E DEL MERITO
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE

VIA CENEDA
RMIC8GE009

Via Ceneda, 26-00183 Roma

☐ tel.0677209730 fax 0677079322

☐ rmic8ge009@istruzione.it ☐ rmic8ge009@pec.istruzione.it

t

www.comprensivoceneda.edu.it

MODULO DI RICHIESTA DEL CERTIFICATO MEDICO GRATUITO IN AMBITO SCOLASTICO

Ai sensi dell'art. 3 del Decreto del Ministero della Salute del 24/04/2013, modificato dall'art. 42 bis del Decreto Legge n. 69/2013, convertito dalla Legge n. 98/2013;

dell'art. 4, comma 10 *septies* del Decreto Legge n. 101 del 31/08/2013, convertito con modificazioni, dalla Legge n. 125, del 30/10/2013;

del Decreto del Ministero della Salute dell'08/08/2014 (Linee Guida di indirizzo in materia di certificati medici per l'attività sportiva non agonistica); della Nota esplicativa del 17 giugno 2015; della Nota integrativa del 28 ottobre 2015;

il Dirigente Scolastico nella sua qualità di legale rappresentante dell'Istituto "Via Ceneda" chiede che l'alunno/a.....nato/a il.....

.....frequentante la classe

venga sottoposto al controllo sanitario di cui ai citati decreti e leggi per la pratica, nell'ambito scolastico, di attività sportive non agonistiche relative a:

- **ATTIVITÀ 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.
- **CAMPIONATI STUDENTESCHI:** dalle fasi di istituto fino alle fasi regionali comprese.

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Bianca Del Regno
Firma autografa sostituita a mezzo stampa ex art. 3,
c.2,D.lgs. n.39/1993

Studente.....

Nato/a il.....

Il soggetto non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva non agonistica in ambito scolastico.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

Data _____

Firma Medico