



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
I.I.S. L.S. –ISA – IPSIA SAN GIOVANNI IN FIORE

Prot. n. _____

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. 09/08/2013, n. 98 e s.m., si richiede che l'alunno/a venga sottoposto al controllo sanitario di cui alla citata normativa per il rilascio - per uso scolastico - del certificato di idoneità all'attività sportiva di tipo non agonistica.

Si precisa che il certificato IN Originale sarà acquisito agli atti dell'Istituzione Scolastica e non sarà riprodotto in alcuna forma né utilizzato per scopi diversi da quello scolastico.

L'ECG per gli studenti di 1° e 2° grado è erogato senza alcun onere a carico dell'assistito, riportando come quesito diagnostico/motivazione della richiesta: "Per certificazione non agonistica richiesta dalla scuola"

Si ricorda che gli alunni già in possesso di certificato per attività sportiva agonistica, qualunque sia lo sport praticato non devono richiedere una seconda certificazione per l'attività sportiva non agonistica, ma è sufficiente che la scuola abbia la copia del certificato per l'attività agonistica.



Il Dirigente Scolastico

Dott.ssa Angela Audia

Regione Calabria

A.S.P. della Provincia di Cosenza

Dott.: _____ (Medico / Pediatra)

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

Cognome _____ Nome _____

nato a _____ il _____ residente _____

Il soggetto, sulla base della visita medica 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.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

Data, _____

Il Medico
 (timbro e firma)