



ISTITUTO COMPENSIVO STATALE "Ilaria Alpi - Gino Strada"

Via Edoardo Brizio n. 10 - 12042 Bra (CN) Tel. 0172 422904
PEO: cnic863002@istruzione.it - PEC: cnic863002@pec.istruzione.it
Sito web: <http://istitutocomprensivobra2.it/>

C. M.: CNIC863002 C. F.: 90054260048 C.U.: UFFK7F

MODULO DI RICHIESTA DEL CERTIFICATO DI STATO DI BUONA SALUTE ALLA PRATICA DI ATTIVITA' SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO IN AMBITO SCOLASTICO (D.M. 24 Aprile 2013 e s.m.i. e ACN pediatria 15 Dicembre 2005 e s.m.i.)

Il Dirigente Scolastico, nella sua qualità di legale rappresentante dell'Istituto, chiede che l'alunno/a _____ nato/a _____ il _____ frequentante la classe _____ sez. _____

CHIEDE

il rilascio di 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 (Linee-Guida di indirizzo in materia di certificati medici per l'attività sportiva non agonistica), dalla Legge del 30 ottobre 2013 n. 125 e dall'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri del 15/12/2005 e ss.mm.ii., per la pratica 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 Ministero dell'Istruzione o da Enti pubblici e privati e organizzate nell'ambito dei Centri Sportivi Scolastici.

LA DIRIGENTE SCOLASTICA

Dott.ssa Catia MULTARI

Firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs 82/2005
s.m.i. e norme collegate

restituire modulo compilato e intero al proprio docente di Educazione Fisica

Modulo rilascio certificato di stato di buona salute alla pratica di attività sportiva di tipo non agonistico in ambito scolastico (D.M. 24 Aprile 2013 e s.m.i. e ACN pediatria 15 Dicembre 2005 e s.m.i.)

Studente: _____ nato/a il _____ a _____,
residente a _____

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, 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 _____

Il Medico curante Dott. _____