

	 <p>Ministero dell'Istruzione e del Merito Istituto Comprensivo "Primo Levi" Via Palaverta, 69 – 00047 MARINO – Loc. Frattocchie (RM) Tel./Fax 0693540044 - C. F. 90049500581 – C.U: UF5D2G RMIC8A7009 – Distretto 40 – Ambito XV Email: rmic8a7009@istruzione.it - rmic8a7009@pec.istruzione.it Sito web: https://comprensivoprimolevi.edu.it</p>	 
---	--	---

MODULO / CERTIFICATO MEDICO PER ATTIVITA' SPORTIVA IN AMBITO SCOLASTICO

Ai sensi dell'A.C.N. della Pediatria di Famiglia del 29 maggio 2009, art. 44 e allegato H, dell'A.C.N. della Medicina Generale del 29 maggio 2009, art. 45 e 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) ec) della Nota Esplicativa del Ministero della Salute n° 4165 del 16/06/2015.

RICHIESTA DI RILASCIO (A CURA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO)

La sottoscritta Francesca Toscano in qualità di Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo "Primo Levi", Marino (RM)

Chiede

che l'alunno/a nato/a _____

il _____ frequentante la classe _____ Secondaria di Primo Grado dell'I.C. "Primo Levi" di Marino, venga sottoposto al controllo sanitario GRATUITO per la pratica nell'ambito scolastico di attività sportive non agonistiche relative a:

ATTIVITA' PARASCOLASTICHE

Alunni che svolgono attività fisico-sportive organizzate dagli organi scolastici nell'ambito delle attività parascolastiche inserite nel PTOF - non in orario delle lezioni curricolari di Educazione Fisica.

GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI

Solo per coloro che partecipano ai Giochi Sportivi Studenteschi alle fasi successive a quella d'istituto e precedenti quelle nazionali.

Marino,

Il dirigente scolastico

Francesca Toscano

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3, comma 2 del D.Lgs n. 39/1993



Il dirigente scolastico
Francesca Toscano
Documento Firmato digitalmente ai sensi del
Codice Amministrazione Digitale e norme ad esso connesse
30/09/2024 10:37:24

CERTIFICAZIONE DI IDONEITA' (A CURA DEL MEDICO CURANTE)

certifico che l'alunno/a.....

nato/a il.....

sulla base della visita da me effettuata e dei valori pressori rilevati

NON presenta controindicazioni in atto alla pratica sportiva non agonistica.

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

Data.....

IL MEDICO CURANTE

(timbro e firma)

.....

N.B. I dati rilasciati sono utilizzati dalla scuola nel rispetto delle norme sulla privacy, previste dal d. lgs. 196 d.lgs. 2003 e successive modificazioni e dal Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio.