

	 <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) e c) 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

CERTIFICAZIONE DI IDONEITA' (A CURA DEL MEDICO CURANTE)

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

nato/a il.....

sulla base della visita da me effettuata, dei 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.

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.