

FUTURA

LA SCUOLA PER L'ITALIA DI DOMANI



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



Ministero dell'Istruzione
e del Merito



Italiadomani
PRIMO NAZIONALE DI PRESSIONE E RESILLENZA

MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO - UFFICIO IX - AMBITO TERRITORIALE PROVINCIA DI RIETI
ISTITUTO ONNICOMPRESIVO "Sergio Marchionne"
Frazione San Cipriano - 02012 AMATRICE - Tel. 0746826321
C.F. 80018310575 ✉ riic81100q@istruzione.it riic81100q@pec.istruzione.it

Allegato A

MODULO DI RICHIESTA PER IL RILASCIO GRATUITO DEL CERTIFICATO MEDICO IN AMBITO SCOLASTICO

La sottoscritta Dott.ssa Annamaria Renzi nella sua qualità di Legale Rappresentante dell'Istituto Onnicomprensivo "Sergio Marchionne" di Amatrice, ai sensi 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) b) c) della Nota Esplicativa del Ministero della Salute n° 4165 del 16/06/2015

CHIEDE

che l'alunno/a _____

nato/a il ____/____/____ a _____ (Prov. _____)

iscritto per l'A.S. ____/____ presso la Scuola

Primaria Plesso di _____ Classe _____

Secondaria di Primo Grado Classe _____ Sez. _____

Secondaria di Secondo Grado – Liceo Classe _____ Sez. _____

indirizzo TRADIZIONALE indirizzo SPORTIVO INTERNAZIONALE CONVITTO

venga sottoposto/a al controllo sanitario gratuito, nonché ai citati D.M. **per la pratica nell'ambito scolastico di attività sportive non agonistiche** relative a:

- 1) **ATTIVITÀ PARASCOLASTICHE:** alunni che svolgono attività fisico-sportive organizzate dagli organi scolastici nell'ambito delle attività parascolastiche, in orario extracurriculare, dal MIUR o da Enti pubblici e privati e nell'ambito dei Centri Sportivi Scolastici;
- 2) **PARTECIPAZIONE CAMPIONATI STUDENTESCHI:** alunni che sono stati selezionati per partecipare alle fasi successive a quelle di Istituto o di rete di Istituti per i Giochi Sportivi Studenteschi;
- 3) **GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI:** alunni che partecipano ai Giochi Sportivi Studenteschi nelle fasi precedenti a quelle nazionali, compresa la fase d'Istituto.

Amatrice, 21/09/2023

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott.ssa Annamaria Renzi

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

**CERTIFICAZIONE DI IDONEITÀ ALLA PRATICA
DELL'ATTIVITÀ MOTORIA E SPORTIVA NON AGONISTICA
AD USO ESCLUSIVO SCOLASTICO**

ai sensi del D.M.S. del 28/02/1983, art.1 lettere a) e c) e del DPR 272 del 28/07/00,
ai sensi della L. 98/2013 e successive modificazioni L.125/2013, DM.8/8/2014

Vista la richiesta effettuata e sottoscritta dall'Autorità scolastica in data ____/____/____

SI CERTIFICA

che il l'alunno/a _____

nato/a a _____ (Prov. _____) il ____/____/____

residente a _____ (Prov. _____) in Via _____

sulla base della visita medica da me effettuata in data odierna, dei valori di pressione rilevati,
nonché del referto del tracciato ECG eseguito in data ____/____/____, non presenta
controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva non agonistica.

Si consiglia, in ogni caso, per l'alunno/a, un idoneo e graduale allenamento.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

Luogo _____ data, ____/____/____

Firma e timbro del medico