FUTURA LA SCUOLA PER L'ITALIA DI DOMANI

Finanziato dall'Unione europea NextGenerationEU — Ministero dell'Istruzione e del Merito — Italiadomani

MIM Ministero dell'Istruzione e del Merito

UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO - PIAZZA CAPRI
Scuola dell'Infanzia - Scuola Primaria - Scuola Secondaria di I Grado
Piazza Monte Baldo, n° 2 - C.a.p. 00141 - Roma (RM) - Tel. 06 / 87183967
C.F. 97711760583 - C.M. RMIC8EF00X - CODICE UNIVOCO UFFICIO = UFIO5Z
✉ E-Mail P.e.o. rmic8ef00x@istruzione.it /// ✉ E-Mail P.e.c. rmic8ef00x@pec.istruzione.it
SITO ISTITUZIONALE https://www.icpiazzacapri.edu.it

MODULO DI RICHIESTA DEL CERTIFICATO MEDICO GRATUITO IN AMBITO SCOLASTICO PER L'ATTIVITÀ SPORTIVA NON AGONISTICA

(D. M. 24 aprile 2013 e s.m.i.e ACN pediatria 15 dicembre 2005 e s.m.i.)

Al Sig. Medico curante
della/o Studentessa/e _____
PROPRIA SEDE

La sottoscritta Lucia Battista, nella sua qualità di Dirigente Scolastica dell'I. C. "Piazza Caprii", Piazza Monte Baldo, 2, 00141 Roma,

CHIEDE

alla S. V., per l'alunna/o _____, nata/o a _____ (____) il ____/____/____, frequentante per l'a.s. 2026/2027 la classe ____ sezione ____ della scuola secondaria di 1° grado,

il rilascio del certificato medico per l'attività sportiva non agonistica, come previsto dal Decreto del Ministero della salute del 24 aprile 2013 e successive modifiche e integrazioni dalla Legge 9 agosto 2013 n. 98, dal decreto del Ministero della Salute dell'8 agosto 2014, 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.

La Dirigente scolastica
Dott.ssa Lucia Battista

****

CERTIFICAZIONE PER ATTIVITÀ SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO IN AMBITO SCOLASTICO

(Legge n° 125 del 30/10/2013, Linee Guida del Ministero della salute dell'8/08/2014)

L'alunna/o _____ di cui sopra, sulla base della visita medica da me effettuata, dei valori di pressione arteriosa rilevati, nonché del referto del tracciato ECG eseguito in data _____/_____/_____, risulta in stato di buona salute e non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportive non agonistiche.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio e può essere utilizzato solo per uso scolastico.

Timbro e firma
del Medico Certificatore

_____, lì _____/_____/_____ _____