



Liceo Statale "Giustina Renier"

Economico Sociale - Linguistico - Musicale - Scienze Umane

RICHIESTA CERTIFICATO MEDICO PER ATTIVITA' SPORTIVA NON AGONISTICA

Data, _____

Al medico dell'alunno/a _____ nato/a a _____

Il _____ e residente a _____ in via/piazza _____

Oggetto: Richiesta certificazione medica ai sensi del Decreto del Ministro della Salute 08/08/2014 "Linee guida di indirizzo in materia di certificati medici per l'attività sportiva non agonistica"

Ai sensi e per effetto dell'art. 42-bis del D.L. 21/06/2013 n° 69, convertito dalla L.08/09/2013 n°98 e s.m., si richiede che l'alunno/a venga sottoposto/a al controllo sanitario di cui alla citata norma per il rilascio -ad uso scolastico- del certificato di idoneità all'attività sportiva di tipo non agonistico.

Si precisa che il certificato IN ORIGINALE sarà acquisito agli atti dell'Istituto e non sarà riprodotto in alcuna forma, né utilizzato per scopi diversi da quello scolastico.

Si ricorda che gli alunni già in possesso di certificato per attività sportiva agonistica, qualunque sia lo sport praticato (visite da A1 a B5) non devono richiedere una seconda certificazione per l'attività sportiva non agonistica, ma è sufficiente che consegnino alla scuola copia del certificato per l'attività agonistica

Il Dirigente scolastico

Prof. Luigi Nigri

Firmato digitalmente ai sensi del c.d. Codice dell'Amministrazione digitale e norme ad esso connesse

Dott. _____ (Medico /Pediatra)

CERTIFICATO DI IDONEITA' ALL'ATTIVITA' SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO

(All. C Decreto Interm. 24/04/2013)

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____ e residente a _____

Il soggetto sulla base della visita medica da me effettuata, dei valori arteriosi rilevati, non che dal referto del tracciato ECG eseguito in data _____, non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva non agonistica.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

Data, _____

Il Medico _____

(Timbro e firma)