



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO

ISTITUTO COMPRENSIVO "VIA T. MOMMSEN, 20"

00179 Roma – Via T. Mommsen, n.20 – tel.06 787849 – 06 78398074
rmic8cu003@istruzione.it – rmic8cu003@pec.istruzione.it – www.mommsen.gov.it
C.M. RMIC8CU003 – C.F. 97199450582 – Distretto XVII – CUFE: UF8KYX

RICHIESTA DI CERTIFICATO MEDICO GRATUITO IN AMBITO SCOLASTICO

(art. 3 DI 24/04/2013, modificato dall'art. 42 bis DL 69/2013, convertito dalla Legge 98/2013 e s.m.)

Il sottoscritto Prof. Federico Spanò, in qualità di Dirigente Scolastico, legale rappresentante dell'Istituzione scolastica in intestazione

C H I E D E

che l'alunno _____
nato a _____ il _____ frequentante la classe _____
venga sottoposto al controllo sanitario di cui ai citati decreti e leggi per la pratica, nell'ambito scolastico, di attività sportive non agonistiche relative a:

- 1) **ATTIVITÀ PARASCOLASTICHE:** intese come attività fisico sportive inserite nel PTOF svolte in orario extracurricolare, con la partecipazione attiva dell'insegnante, finalizzate alla partecipazione a gare, campionati, competizioni tra atleti e/o manifestazioni sportive organizzate dal MIUR o da Enti pubblici e privati e organizzate nell'ambito dei Centri Sportivi Scolastici.
- 2) **CAMPIONATI STUDENTESCHI:** dalle fasi di istituto fino alle fasi regionali comprese.

Luogo e data _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(timbro e firma)

CERTIFICATO D'IDONEITÀ ALLA PRATICA DI ATTIVITÀ SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO IN AMBITO SCOLASTICO

(art. 3 DI 24/04/2013, modificato dall'art. 42 bis DL 69/2013, convertito dalla Legge 98/2013 e s.m.)

Studente _____

Nata/o a _____ il _____,

residente a _____

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

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

Luogo e data _____

Dott.
(timbro e firma)