

Allegato G



MODULO DI RICHIESTA DEL CERTIFICATO MEDICO GRATUITO IN AMBITO SCOLASTICO

ISTITUTO:

Ai sensi del decreto 24 aprile 2013 e alle note della Regione Veneto prot. n. 37839 del 1 febbraio 2016 e prot. n. 337266 del 7 agosto 2014 (Certificati sportivi scolastici _ esenzione I01) e delle Linee Guida emanate dal Ministero della Salute in data 8 agosto 2014,

il sottoscritto DS..... nella sua qualità di legale

rappresentante della Scuola/Istituto.....

chiede che l'alunno.....

nato il..... frequentante la classe.....

venga sottoposto al controllo sanitario di cui ai citati D.M. e D.P.R. per la pratica, nell'ambito scolastico, di attività sportive non agonistiche relative a :

1) **CAMPIONATI STUDENTESCHI** comprese fasi : d'Istituto (non promozionale), provinciali e regionali.

2) **ATTIVITA' PARASCOLASTICHE** intese come attività fisico sportive inserite nel P.O.F. 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 dalle fasi di istituto fino alle fasi regionali comprese.

Data.....

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(timbro e firma autografa)

.....



Allegato F
Fac-simile

Modulo rilascio certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva di tipo non agonistico in ambito scolastico (D.M. 24 aprile 2013 e s.m.i. e ACN pediatria 29 luglio 2009 e s.m.i. all.H)

ISTITUTO:

Studente:

Nato/a 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 E.C.G. 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.