**MODULO DI RICHIESTA DEL CERTIFICATO MEDICO GRATUITO IN AMBITO SCOLASTICO**

(da inviare a **grupposportivo@licevolterra.edu.it**, specificando nell’oggetto della mail “CLASSE\_ALUNNO\_RICHIESTA CERTIFICATO MEDICO”).

*SCUOLA/ISTITUTO: Liceo Vito Volterra Ciampino*

*Ai sensi del decreto 24 aprile 2012 e s.m.i. e ACN 29 luglio 2009 – allegato H*

Il sottoscritto Emilia D’Aponte nella sua qualità di legale rappresentante della Scuola/Istituto Liceo Vito Volterra di Ciampino chiede che l’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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 :

ATTIVITA’ PARASCOLASTICHE: intese come attività fisico sportive inserite nel P.T.O.F.

svolte in orario extracurricolare e curricolare, 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.

Data........................................................

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

(timbro e firma autografa)

..................................................................................

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*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. all. H)*

Istituto :................................................................................

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 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, .................................. data, ................................................

Dott. .....................................................