



Authorised Exam Centre



Via Bellora, 1 – 21013 GALLARATE (VA)
Cod. Mec. VAIC87500P – C.F. 91055830128 <http://www.icgerolamocardano.edu.it>
E-mail: vaic87500p@istruzione.it - tel: 0331777455/0331785248 – fax: 0331782889
Codice univoco: UFCN5W

MODULO DI RICHIESTA PER IL RILASCIO GRATUITO DI CERTIFICATO MEDICO IN AMBITO SCOLASTICO ISTITUTO COMPRENSIVO GEROLAMO CARDANO GALLARATE

Ai sensi del D.M dell'8 agosto 2014 recante "Linee guida di indirizzo in materia di certificati medici per l'attività sportiva non agonistica" nonché dei punti a) b) c) della Nota Esplicativa del Ministero della Salute n° 4165 del 16/06/2015

La sottoscritta **Dott.ssa Germana Pisacane** nella sua qualità di legale rappresentante della Istituto Gerolamo Cardano

Chiede che

l'alunno/a

nato il a

frequentante la classe

venga sottoposto al controllo sanitario gratuito, nonché ai citati D.M. per la pratica nell'ambito scolastico di **attività sportive non agonistiche** relative a:

1) ATTIVITA' PARASCOLASTICHE:

alunni che svolgono attività fisico-sportive organizzate dagli organi scolastici nell'ambito delle attività parascolastiche, in orario extracurriculare, inserite nel PTOF - non in orario Educazione Fisica con partecipazione attiva e responsabile dell'insegnante, finalizzate alla partecipazione alle seguenti gare o campionati caratterizzate da 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) PARTECIPAZIONE CAMPIONATI STUDENTESCHI

alunni che sono stati selezionati per partecipare alle fasi successive a quelle di Istituto o di rete di Istituti (sovrintesi da un'unica autorità scolastica) per i seguenti Giochi Sportivi Studenteschi. (rugby, calcio a 5, pallavolo, corsa campestre, atletica leggera pista)

3) GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI:

coloro che partecipano ai Giochi Sportivi Studenteschi nelle fasi precedenti a quelle nazionali, compresa la fase d'Istituto (rugby, calcio a 5, pallavolo, corsa campestre, atletica leggera pista)

Data.....

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott.ssa Germana Pisacane

(Firma autografa sostituita a mezzo di stampa ai sensi dell'art.3, comma 2 del D. Lgs.n,39/1993)

CERTIFICAZIONE DI IDONEITA' ALLA PRATICA DELL'ATTIVITA' SPORTIVA NON AGONISTICA AD USO ESCLUSIVO SCOLASTICO

ai sensi del D.M.S. del 28/02/1983, art.1 lettere a) e c) e del DPR 272 del 28/07/00, ai sensi della L. 98/2013 e successive modificazioni L.125/2013, DM.8/8/2014

Vista la richiesta effettuata e sottoscritta dall'Autorità scolastica in data/...../.....

Si certifica che il Sig nato a il/...../.....

residente a

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, dei valori di pressione rilevati, nonché del 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

Luogo data, /..... /.....

Firma e timbro del medico

Si consiglia, in ogni caso, per l'alunno, un idoneo e graduale allenamento.