



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO  
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO  
ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE "I.T.C. DI VITTORIO - I.T.I. LATTANZIO"  
Via Teano, 223 - 00177 Roma 06121122405 / 06121122406 - fax 062752492  
Cod. Min. RMIS00900E \* rmis00900e@istruzione.it - rmis00900e@pec.istruzione.it  
Cod. fiscale 97200390587

## MODULO DI RICHIESTA DEL CERTIFICATO MEDICO GRATUITO IN AMBITO SCOLASTICO PER L'ATTIVITA' SPORTIVA NON AGONISTICA

Ai sensi dell'art. 3 del Decreto del Ministero della Salute del 24/04/2013, modificato dall'art. 42 bis del Decreto Legge n.69/2013, convertito dalla Legge n. 98/2013; dell'art. 4, comma 10 septies del Decreto Legge n. 101 del 31/08/2013, convertito con modificazioni, dalla Legge n. 125, del 30/10/2013; del Decreto del Ministero della Salute dell'08/08/2014 (Linee Guida di indirizzo in materia di certificati medici per l'attività sportiva non agonistica); della Nota esplicativa del 17giugno 2015; della Nota integrativa del 28 ottobre 2015;

Il Dirigente Scolastico Dott.ssa Katia Tedeschi, nella sua qualità di legale rappresentante dell'Istituto,

**chiede che**

l'alunno/a \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_

venga sottoposto/a al controllo sanitario di cui ai citati decreti e leggi per lo svolgimento di campionati studenteschi, comprese le fasi d'Istituto, comunali e provinciali, di 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 dalle fasi di istituto fino alle fasi provinciali comprese.

Data .....

Il Dirigente Scolastico  
Dott.ssa Katia Tedeschi  
Firma autografa sostituita a mezzo  
stampa ai sensi dell'art. 3 comma 2 del D. Lgs39193

## CERTIFICAZIONE DI IDONEITA' ALLA PRATICA SPORTIVA NON AGONISTICA IN AMBITO 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 si certifica che

il Sig. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ residente

a \_\_\_\_\_, 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 allo svolgimento delle attività sportive legate ai campionati studenteschi e alle gare organizzate nell'ambito del progetto "Centro Sportivo Studentesco". Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

Luogo  
.....

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Timbro e Firma  
Del Medico  
.....