



MINISTERO DELL' ISTRUZIONE E DEL MERITO
ISTITUTO COMPRENSIVO "G. GAVAZZENI"
Via Combattenti e Reduci, 70 – TALAMONA (Sondrio)
Tel. 0342/670755 - e.mail: soic814008@istruzione.it
soic814008@pec.istruzione.it - www.ictalamona.edu.it



A.S. _____

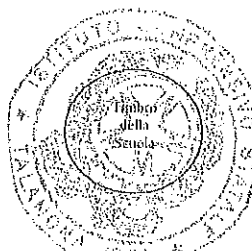
Al Medico dell'alunno/a _____ nato/a a _____
il _____ e residente a _____ in Via/P.zza _____

Oggetto: Richiesta certificazione medica ai sensi del Decreto del Ministro della Salute, 08/08/2014 "Linee Guida di indirizzo in materia di certificati medici per l'attività sportiva non agonistica".

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 42-bis del D.L. 21/06/2013, n. 69, convertito dalla L. 09/08/2013, n. 98 e s.m., si richiede che l'alunno/a venga sottoposto al controllo sanitario di cui alla citata normativa per il rilascio - per uso scolastico - del certificato di idoneità all'attività sportiva di tipo non agonistica.

Si precisa che il certificato IN ORIGINALE sarà acquisito agli atti dell'Istituzione Scolastica e non sarà riprodotto in alcuna forma né utilizzato per scopi diversi da quello scolastico.

Ai sensi della nota della D.G. Salute di Regione Lombardia del 6 febbraio 2014, si ricorda che gli alunni già in possesso di certificato per attività sportiva agonistica, qualunque sia lo sport praticato (visite da A1 a B5) non devono richiedere una seconda certificazione per l'attività sportiva non agonistica, ma è sufficiente che la scuola abbia la copia del certificato per l'attività agonistica.



Il Dirigente Scolastico
Cicogna Valeria

Valeria Cicogna

Regione Lombardia

A.S.L. della Provincia di Sondrio

Dott.: _____ (Medico / Pediatra)

CERTIFICATO DI IDONEITA' ALLA PRATICA DI ATTIVITA' SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO
(All. C Decr. Interm. 24/04/2013)

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____ residente _____

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.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

Data, _____

Il Medico _____
(timbro e firma)