



FONDI
STRUTTURALI
EUROPEI

pon
2014-2020



PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO (FSE)

Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca

Istituto Comprensivo NORD 2 - Brescia

Via Costalunga, 15 - 25123 BRESCIA Cod. Min. BSIC88400D - Cod.Fisc. 80049710173
Tel. 030307858 - 0308379448-9 - Fax 0303384275 url- <http://www.icnord2brescia.edu.it/>
e-mail: bsic88400d@istruzione.it; bsic88400d@pec.istruzione.it

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 del D.G. Salute di Regione Lombardia prot. HI.2014.0005182 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.

Timbro
della
Scuola

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(Dott.ssa Maria Belponer)

Regione Lombardia

ASL BRESCIA

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 a _____

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.

Luogo e data _____

IL MEDICO