



**MODULO DI RICHIESTA PER IL RILASCIO GRATUITO DI CERTIFICATO MEDICO IN
AMBITO SCOLASTICO**

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) e c) della Nota Esplicativa del Ministero della Salute n° 4165 del 16/06/2015

La sottoscritta **dott.ssa Wilma De Pieri** in qualità di Dirigente Scolastico

Chiede

che l'alunno/a _____ nato/a il
_____ frequentante la classe _____ sez. _____ plesso _____

venga sottoposto al controllo sanitario gratuito¹, nonché ai citati D.M. per la pratica nell'ambito scolastico di attività sportive non agonistiche relative a:

1) [a] ATTIVITA' PARASCOLASTICHE:

alunni che svolgono attività fisico-sportive organizzate dagli organi scolastici nell'ambito delle attività parascolastiche inserite nel PTOF - non in orario Educazione Fisica

2) [c] GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI:

coloro che partecipano ai Giochi Sportivi Studenteschi nelle fasi precedenti a quelle nazionali, compresa la fase d'Istituto

Seveso, _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott.ssa Wilma De Pieri