

## Allegato G

MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA

### MODULO DI RICHIESTA DEL CERTIFICATO MEDICO GRATUITO IN AMBITO SCOLASTICO

I.C. "PALMIERI – S. GIOVANNI BOSCO"

Ai sensi de decreto 24 aprile 2012 e s.m.i. e ACN 29 luglio 2009 – allegato H

La sottoscritta **CILIBERTI VALENTINA** nella sua qualità di legale

rappresentante dell'Istituto **COMPENSIVO "PALMIERI – S. GIOVANNI BOSCO di San Severo (FG)**

chiede che l'alunno.....

nato il..... frequentante la classe.....

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

1)  **ATTIVITA' PARASCOLASTICHE:** intese come attività fisico sportive inserite nel P.O.F. 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.

2)  **GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI:** nelle fasi successive alle selezioni di Istituto ( fasi Intercomprensoriali )

(barrare la casella che interessa)

Data.....

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

(Dott.ssa Valentina CILIBERTI)

---

#### SI CERTIFICA CHE

COGNOME ..... NOME.....

Nato/a a.....il .....

Residente a.....Via.....

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, dai valori di pressione arteriosa rilevati, nonché dal referto del tracciato ECG eseguiti in data..... non presenta controindicazioni in atto alla pratica sportiva non agonistica.

Si rilascia gratuitamente, su richiesta del Dirigente Scolastico, per gli usi consentiti dalla legge.

**Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio ed è valido esclusivamente in originale e per il solo uso scolastico.**

**IL MEDICO**

Data.....

(Timbro e firma)