



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA
ISTITUTO COMPRENSIVO "TOMMASO ANARDI"
VIA PIETRO MELCHIADE n° 7 - 84018 SCAFATI (SA)
CODICE MECCANOGRAFICO SAIC88300Q - CODICE FISCALE 80027780651
E-MAIL: saic88300q@istruzione.it - PEC: saic88300q@pec.istruzione.it
SITO WEB: lctommasoanardi.gov.it - TEL. - FAX: 0818631797

AL MEDICO DI BASE
SUA SEDE

OGGETTO: RICHIESTA CERTIFICATO MEDICO DI IDONEITA' ALLA PRATICA DI ATTIVITA' SPORTIVA NON AGONISTICA, AI SENSI DEL DM 8/08/2014 (LINEE GUIDA DI INDIRIZZO IN MATERIA DI CERTIFICATI MEDICI PER L'ATTIVITA' SPORTIVA NON AGONISTICA), IN ATTUAZIONE DEL COMMA 2 DELL'ART. 42-BIS DEL DECRETO LEGGE N° 69 DEL 21 GIUGNO 2013, CONVERTIRO, CON MODIFICAZIONI, DALLA LEGGE n° 98 DEL 9 AGOSTO 2013 E S.M.

Con la presente si richiede, ai sensi del DM 8/08/2014 (Linee Guida di indirizzo in materia di certificati medici per l'attività sportiva non agonistica), in attuazione del comma 2 dell'art. 42-bis del Decreto Legge n° 69 del 21 giugno 2013, convertito, con modificazioni, dalla Legge n° 98 del 9 agosto 2013 e s.m., il rilascio gratuito del certificato medico di idoneità alla pratica di attività sportiva non agonistica, per consentire la partecipazione dell'alunno/a alle manifestazioni previste nel PTOF (Piano Triennale dell'Offerta Formativa). 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.

Alunno/a _____
Nato/a a _____ (Prov. _____) il _____
Residente a _____ (Prov. _____)
Via _____ n° _____
CLASSE _____ SEZIONE _____

Scafati, 13/11/2018

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof. Guglielmo Formisano

Da riportare a scuola
REGIONE CAMPANIA

ASL PROVINCIA DI SALERNO

**CERTIFICATO MEDICO DI IDONEITA' ALLA PRATICA DI
ATTIVITA' SPORTIVA NON AGONISTICA**

Cognome _____ Nome _____
Nato/a a _____ (Prov. _____) il _____
Residente a _____ (Prov. _____)
Via _____ n° _____

Numero Iscrizione al S. S. N. _____

Il soggetto, sulla base visita da me effettuata, dei valori di pressione arteriosa rilevati, nonché del referto del tracciato ECG eseguito in data, risulta in stato di buona salute e non presenta controindicazioni in atto per la pratica di attività sportiva non agonistica.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

_____, ____/____/____

Il Medico
(Timbro e Firma)