



Ministero della Pubblica Istruzione

Istituto Comprensivo "N. Berther" - San Zeno-Montirone

Piazza Marconi, 2 - 25010 San Zeno Naviglio (BS) - 030 2161097

Email: bsic84500v@istruzione.it - PEC: bsic84500v@pec.istruzione.it - www.icsanzenomontirone.edu.it

Ai sensi dell'A.C.N. della Pediatria di Famiglia del 29 maggio 2009, art. 44 e allegato H, dell'A.C.N. della Medicina Generale del 29 maggio 2009, art. 45 e del

D.M. dell'8 agosto 2014 "Linee guida di indirizzo in materia di certificati medici per attività sportiva non agonistica", nonché dei punti a) e c) della Nota Esplicativa del Ministero della Salute n° 4165 del 16/06/2015

RICHIESTA DI RILASCIO

La sottoscritta Dott.ssa Francesca Svanera in qualità di Dirigente Scolastico dell' Istituto Comprensivo Statale "Berther" di San Zeno-Montirone

Chiede

che l'alunno/a _____

nato/a il _____ frequentante la classe _____

venga sottoposto al controllo sanitario GRATUITO (1) per la pratica nell'ambito scolastico di attività sportive non agonistiche relative a:

- **ATTIVITA' PARASCOLASTICHE**
alunni che svolgono attività fisico-sportive organizzati dagli organi scolastici nell'ambito delle attività parascolastiche inserite nel PTOF – non in orario delle lezioni curricolari di Educazione Fisica
- **GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI**
Solo per coloro che partecipano ai Giochi Sportivi Studenteschi alle fasi successive a quella d'istituto e precedenti a quelle nazionali

Data, _____

LA DIRIGENTE SCOLASTICA

Prof.ssa Francesca Svanera

(firma autografa sostituita a mezzo stampa

ai sensi e per gli effetti dell'art. 3 c.2 D. Lgs. N°39/1993)

CERTIFICAZIONE DI IDONEITA' (A CURA DEL MEDICO CURANTE)

Certifico che l'alunno/a _____

nato/a il _____

sulla base della visita da me effettuata, dei valori pressori rilevati, nonché del referto dell'EKG
effettuato in data

_____/_____/_____

NON presenta controindicazioni in atto alla pratica **non agonistica**.

Il presente certificato, ad uso esclusivamente scolastico, ha validità annuale dalla data del rilascio.

Data, _____

IL MEDICO CURANTE

(timbro e firma)

(1) D.G.R Lombardia prot. H12015.0009787

Del 26-03-2015, nonché ai citati C.M.