



**MINISTERO DELLA PUBBLICA ISTRUZIONE
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
LICEO STATALE "SOCRATE"
CLASSICO-SCIENTIFICO**

Via Padre Reginaldo Giuliani, 15 - 00154 - ROMA - Distretto 19°
☎ 06121125465 - ✉ rmpc180004@istruzione.it

MODULO DI RICHIESTA DEL CERTIFICATO MEDICO IN AMBITO SCOLASTICO

Ai sensi dell'art. 3 del Decreto Interministeriale del 24/04/2013, modificato dall'art. 42 bis del Decreto Legge n.69/2013, convertito dalla Legge n. 98/2013 e ss.mm.ii.

Il sottoscritto **CARLO FIRMANI** in qualità di legale rappresentante pro-tempore della Istituzione scolastica chiede che lo/la studente/ssa..... nato/a il..... a frequentante la classe sez. venga sottoposto/a al controllo sanitario per la pratica di attività sportive non agonistiche, nel dettaglio:

ATTIVITA' PARASCOLASTICHE: intese come attività fisico- sportive inserite nel P.T.O.F. svolte in orario extracurricolare con l'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 e/o **CAMPIONATI STUDENTESCHI** (dalle fasi di istituto fino alle fasi regionali comprese).

Data.....

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Carlo Firmani

(firma autografata a mezzo stampa, ai sensi

e per gli effetti DL 39//1993 art. 3, comma 2)

.....
Modulo rilascio certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva di tipo non agonistico in ambito scolastico (art. 3 del Decreto Interministeriale del 24/04/2013, modificato dall'art. 42 bis del Decreto Legge n.69/2013, convertito dalla Legge n. 98/2013 e ss.mm.ii.)

Istituto : Liceo Statale Socrate

Studente/ssanato/a il
a..... residente in

Lo/a studente/ssa, sulla base della visita medica da me effettuata dei valori di pressione arteriosa rilevati, nonché del referto del tracciato E.C.G. eseguito in data _____, è in stato di buona salute e non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva non agonistica in ambito scolastico.

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 copia originale e per il solo uso scolastico.

Data.....

Dott. (timbro e firma del medico certificatore)