



FONDI
STRUTTURALI
EUROPEI

pon
2014-2020



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Nucleo per la Programmazione
Direzione Generale per l'Ateneo in materia di attività
scolastica, per la gestione dei fondi strutturali per
l'istruzione e per l'innovazione digitale
Ufficio IV

PER LA SCUOLA - COMPETENZE E ABILITÀ PER L'APPRENDIMENTO IN SEI LEVOLI



ISTITUTO COMPRENSIVO "TINA MODOTTI"

di MOIMACCO - PREMARIACCO - REMANZACCO

SCUOLA INFANZIA, PRIMARIA E SECONDARIA DI 1° GRADO

33040 PREMARIACCO Via Mercato Vecchio 17 Fr. Orsaria Tel. 0432 729023 Fax 0432 729040 c.f. 94071000304

PEC udic83100q@pec.istruzione.it

e-mail : udic83100q@istruzione.it

www.icpremariacco.edu.it

C. MECC. UDIC83100Q

Prot. n. 1530/2020

Premariacco, 22/02/2020

Oggetto: Richiesta certificazione medica ai sensi del Decreto del Ministero della Salute dell' 08/08/2014 "Linee Guida di indirizzo in materia di certificati medici per l'attività sportiva non agonistica".

Al Medico dell'allievo/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ in Via/Piazza _____ n. _____
frequentante la classe _____ sez. _____ presso la sede di _____

Ai sensi e per gli effetti dell'art.42-bis del D.L. 21/06/2013 n. 69, convertito dalla L. 09/08/2013 n. 98 e s.m., si richiede che l'alunno/a venga sottoposto al controllo sanitario di cui alla citata normativa per il rilascio, per uso scolastico, del certificato di idoneità all'attività sportiva di tipo non agonistico. 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.

Ai sensi della nota della Direzione Centrale "Salute, integrazione socio sanitaria, politiche sociali e della famiglia" della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia del 13 ottobre 2014, si ricorda che i certificati medico sportivi per l'attività agonistica, validi per le singole discipline sportive, prevedendo un ECG sotto sforzo, possono essere ritenuti efficaci anche per il soggetto/allievo che debba svolgere attività sportiva non agonistica.

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Luella Guglielmin
(firma autografa sostituita a mezzo stampa,
ex art. 3, c. 2, D.lgs. 39/93)

Regione Friuli Venezia Giulia

Dott. _____ (Medico/Pediatra)

CERTIFICATO DI IDONEITA' ALLA PRATICA DI ATTIVITA' SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO

(All. C Decr. Interm. 24/04/2013)

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in via/Piazza _____

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

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

Data, _____

Il Medico