



## DIREZIONE DIDATTICA STATALE 1° CIRCOLO

Via San Clemente, 9 84015 Nocera Superiore (SA)

Tel.: 081931189 C.F.: 80026570657 Cod. Mecc.: SAEE090001

sito web: [www.primonocerasup.edu.it](http://www.primonocerasup.edu.it) e-mail: [sace090001@istruzione.it](mailto:sace090001@istruzione.it) [sace090001@pec.istruzione.it](mailto:sace090001@pec.istruzione.it)

### MODULO DI RICHIESTA PER IL RILASCIO GRATUITO DI CERTIFICATO MEDICO IN AMBITO SCOLASTICO

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

Il sottoscritto Antonio Pizzarelli in qualità di Dirigente Scolastico

#### Chiede

Che l'alunno/a \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_

venga sottoposto al controllo sanitario gratuito, nonché ai citati D.M per la pratica nell'ambito scolastico di **attività sportive non agonistiche** relative a :

#### ATTIVITA' PARASCOLASTICHE

alunni che svolgono attività fisico-sportive organizzate dagli organi scolastici nell'ambito delle attività parascolastiche inserite nel PTOF – non in orario Educazione Fisica.

Attività \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof. Antonio Pizzarelli

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata e 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 PEDIATRA/IL MEDICO

\_\_\_\_\_  
( timbro e firma)