



**ISTITUTO COMPRENSIVO “CECILIA DEGANUTTI” DI LATISANA
INFANZIA – PRIMARIA – SECONDARIA 1° GRADO**

Viale Stazione, 35 – 33053 Latisana (UD)
Tel. 0431 520311/511061 - C.M. UDIC835003 - C.F. 92017110302
Codice Univoco Fatture Elettroniche: UFK1Y8
e-mail: udic835003@istruzione.it pec: udic835003@pec.istruzione.it
sito web: <https://iclatisana.edu.it>

Oggetto: Richiesta certificazione medica ai sensi del Decreto del Ministro della Salute. 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/P.zza _____

frequentante la classe _____ sezione _____ 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 agonistica.

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 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.



LA DIRIGENTE SCOLATICA

Prof.ssa Giovanna CRIMALDI

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 _____ il _____ residente _____

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
(timbro e firma)