



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

Sede: Viale Stazione, 35 – 33053 Latisana (UD) Tel. 0431 520311/511061 – Fax 0431 50155

C.M. UDIC835003 - C.F. 92017110302 e-mail: [udic835003@istruzione.it](mailto:udic835003@istruzione.it)

Scuole dell'infanzia "Il pianeta del piccolo principe" di Pertegada, "Padre Scrosoppi" di Gorgo  
 Scuole Primarie "E. De Amicis" di Latisana, "P. Zorutti" di Via Tisanella, "I. Nievo" di Latisanotta, "G. Pascoli" di Pertegada, "P. Zorutti" di Ronchis

**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 IDONEITÀ ALLA PRATICA DI ATTIVITÀ 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)