



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 e-mail: sace090001@istruzione.it 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)