



REPUBBLICA ITALIANA - REGIONE SICILIA  
 MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA  
 II ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "A. DE GASPERI"

Via T. Nicola Maugeri, 4 - Tel. 095/7022373 - Fax 095/7891212  
 E-mail- <ctic8as00g@istruzione.it>-<ctic8as00g@pec.istruzione.it  
 www.icadegasperi.edu.it  
 Cod. Scuola - CTIC8AS00G Distretto 19 Cod. Fisc. 81002250876  
 95025 - ACI SANT'ANTONIO - (CT)

**RICHIESTA DI RILASCIO DEL CERTIFICATO MEDICO GRATUITO IN AMBITO SCOLASTICO**

(Decreto Interministeriale del 24/04/2013 e successive modifiche)

*"Per tutti gli alunni partecipanti ai Campionati Studenteschi, dalle fasi d'Istituto fino alle fasi regionali comprese, è previsto il possesso del certificato di idoneità all'attività sportiva non agonistica, così come descritto dall'art. 3 del Decreto Interministeriale del 24/04/2013, modificato dall'art. 42 bis del Decreto Legge n. 69/2013, convertito dalla Legge n. 98/2013 e s.m.i.*

*Al riguardo appare opportuno precisare che utili chiarimenti in merito alle suddette certificazioni sono contenute nelle Linee Guida emanate dal Ministro della salute in data 8 agosto 2014, nella nota del Ministero della salute prot. 4165 del 16/06/2015 e prot. 5479 del 17/06/2015 recanti all'oggetto "nota esplicativa del Decreto del Ministro della salute 8 agosto 2014 - Linee guida di indirizzo in materia di certificati medici per l'attività sportiva non agonistica", pubblicate sul sito [www.campionatistudenteschi.it](http://www.campionatistudenteschi.it)*

La sottoscritta Prof.ssa Silvana Di Bella nella sua qualità di legale rappresentante del II IC "Alcide De Gasperi" di Acì Sant'Antonio (CT),

CHIEDE

che l'alunno/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
 il \_\_\_\_\_, frequentante la classe \_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_, venga sottoposto/a al controllo sanitario di cui al D.M. 24 aprile 2013 e successive modifiche per la pratica, nell'ambito scolastico, di attività sportive non agonistiche relative ai progetti sportivi inseriti nel PTOF d'Istituto, svolti in orario extracurriculare, finalizzate alla partecipazione ad attività, gare, campionati, competizioni tra atleti e/o manifestazioni sportive organizzate dal MIUR o da Enti pubblici e privati e organizzate nell'ambito dei Centri Sportivi Scolastici.

Acì Sant'Antonio \_\_\_\_\_



Il Dirigente Scolastico  
 Prof.ssa Silvana Di Bella

Firma autografa omessa ai sensi dell'art. 3 del D. Lgs. N. 39/1993

**CERTIFICATO DI IDONEITÀ ALLA PRATICA SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO**

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_ CLASSE \_\_\_\_ SEZ. \_\_\_\_\_

NATO/A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

Il soggetto, sulla base della visita medica e dall'anamnesi 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.

*Si rilascia gratuitamente su richiesta del Capo d'Istituto, per gli usi consentiti dalla legge.*

Il presente certificato ha validità annuale dalla data di rilascio ed è valido esclusivamente in copia originale e per il solo uso scolastico.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Il Medico Certificatore

\_\_\_\_\_  
 Timbro e firma