

**RICHIESTA DI VISITA MEDICA PER L'IDONEITA'
ALL'ATTIVITA' SPORTIVA NON AGONISTICA**

Ai sensi del D.M. 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.

RICHIESTA DI RILASCIO (A CURA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO)

Il sottoscritto Mauro Agostino Donato Zeni, in qualità di Dirigente Scolastico del LICEO STATALE CARLO TENCA, Bastioni di Porta Volta, 16, 20121 Milano

Chiede

che l'alunno/a

nato/a il.....

frequentante la classe.....

venga sottoposto al controllo sanitario GRATUITO (ai sensi del D.G.R. Lombardia prot. H12015.0009787 DEL 26-03-2015, 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 delle lezioni curricolari di Educazione Fisica.

- **GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI**

solo per coloro che partecipano ai Giochi Sportivi Studenteschi alle fasi successive a quella d'istituto e precedenti quelle nazionali.

Data.....

IL DIRIGENTE SCOLASTICO (timbro e firma).....

CERTIFICAZIONE DI IDONEITA' (A CURA DEL MEDICO CURANTE)

certifico che l'alunno/a.....

nato/a il.....

sulla base della visita da me effettuata, dei valori pressori rilevati, nonché del referto dell'ECG effettuato in data...../...../.....

NON presenta controindicazioni in atto alla pratica sportiva non agonistica.

Il presente certificato, ad uso esclusivo scolastico, ha validità annuale dalla data del rilascio.

Data.....

IL MEDICO CURANTE (timbro e firma)