

MODULO DI RICHIESTA DEL CERTIFICATO MEDICO GRATUITO IN AMBITO SCOLASTICO

Ai sensi dell'art. 3 del Decreto del Ministero della Salute del 24/04/2013, modificato dall'art. 42 bis del Decreto Legge n. 69/2013, convertito dalla Legge n. 98/2013; dell'art. 4, comma 10 *septies* del Decreto Legge n. 101 del 31/08/2013, convertito con modificazioni, dalla Legge n. 125, del 30/10/2013; del Decreto del Ministero della Salute dell'08/08/2014 (Linee Guida di indirizzo in materia di certificati medici per l'attività sportiva non agonistica); della Nota esplicativa del 17 giugno 2015; della Nota integrativa del 28 ottobre 2015;

il Dirigente Scolastico nella sua qualità di legale rappresentante del Liceo "V. Fornari" di Molfetta
chiede che

la/o studentessa/studente nata/o _____ il _____,
frequentante la classe _____ Sez. _____ venga sottoposto al controllo sanitario di cui ai citati decreti e leggi di cui ai citati decreti e leggi per la pratica, nell'ambito scolastico, di attività sportive non agonistiche relative a:

- 1) **ATTIVITÀ SCOLASTICHE:** intese come attività motorie sportive inserite nel P.T.O.F., svolte in orario curriculare ed extracurricolare, con la partecipazione attiva del docente, finalizzate alla partecipazione a gare, campionati, competizioni tra atleti/studenti e/o manifestazioni sportive organizzate dal MIM o da Enti pubblici e privati e organizzate nell'ambito dei Centri Sportivi Scolastici.
- 2) **COMPETIZIONI SPORTIVE SCOLASTICHE:** dalle fasi di istituto fino alle fasi regionali comprese.

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Pasqualina Pierro
(Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi
dell'art. 3 comma 2 del D. Lgs. n. 39/1993)

La/lo studentessa/studente _____

Nata/o _____ il _____

non presenta controindicazioni in atto alla pratica delle attività sportive non agonistiche in ambito scolastico.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

Data, _____

Firma del Medico
