**MODULO / CERTIFICATO MEDICO PER ATTIVITA’ SPORTIVA IN AMBITO SCOLASTICO**

(approvato nelle sedute dei Comitati Aziendali della Pediatria di Famiglia del 14/06/2018 e della Medicina Generale del 13/06/2018)

ai sensi dell’A.C.N. della Pediatria di Famiglia del 29 maggio 2009, art. 44 e allegato H, dell’A.C.N. della Medicina Generale del 29 maggio 2009, art. 45 e 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.

**RICHIESTA DI RILASCIO (A CURA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO)**

La sottoscritta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di Dirigente Scolastico del Convitto Nazionale “P. Galluppi” di Catanzaro,

Chiede

che l’alunno/a........................................................................................................ nato/a il........................................ frequentante la classe…….................................................. venga rilasciato il certificato medico non agonistico GRATUITO[[1]](#footnote-1) per la pratica nell’ambito scolastico di attività sportive non agonistiche relative a:

Δ ATTIVITA’ FISICO-SPORTIVE 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.

Δ GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI

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

Catanzaro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Rettore – 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.

Catanzaro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IL MEDICO CURANTE

 (timbro e firma)

1. Nel rispetto dei citati D.M. [↑](#footnote-ref-1)