

MODULO DI RICHIESTA DEL CERTIFICATO MEDICO GRATUITO CAMPIONATI STUDENTESCHI (CSS)

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 Prof.ssa Salvatrice Faraci, nella sua qualità di legale rappresentante dell'Istituto Comprensivo "Paolo VI – Campanella" di Gioia Tauro RC,

chiede che

l'alunno/a \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_, frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_

venga sottoposto/a al controllo sanitario di cui ai citati decreti e leggi per lo svolgimento di campionati studenteschi, gare e competizioni, nell'ambito scolastico, di attività sportive inserite nel PTOF (Progetto sportivo) e nel progetto "Centro Sportivo Studentesco" (CSS)

Data.....

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Prof.ssa Salvatrice Faraci

CERTIFICAZIONE DI IDONEITA' ALLA PRATICA SPORTIVA

CAMPIONATI STUDENTESCHI PROGETTO "Centro Sportivo Studentesco" (CSS)

Ai sensi del D.M.S. del 28/02/1983, art.1 lettere a) e c) e del DPR 272 del 28/07/00, ai sensi della L. 98/2013 e successive modificazioni L.125/2013, DM.8/8/2014

Vista la richiesta effettuata e sottoscritta dall'Autorità scolastica in data ...../...../..... si certifica che il Sig.....

nato a..... il ..../...../..... residente a....., sulla base della visita

medica da me effettuata, dei valori di pressione rilevati, nonché del referto del tracciato ECG eseguito in data....., non presenta controindicazioni in atto allo svolgimento delle attività sportive legate ai campionati studenteschi e alle gare organizzate nell'ambito del progetto "Centro Sportivo Studentesco".

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio

Luogo ..... data, ..../...../.....

Firma e timbro del medico