

**USR** 

## Attività sportiva scolastica

## MODULO DI RICHIESTA DEL CERTIFICATO MEDICO GRATUITO IN AMBITO SCOLASTICO ed eventuale richiesta elettrocardiogramma con codice gratuità 101

SCUOLA/IS	TITUTO:	
Ai	sensi dell'art. 1 lett. a) e c) del D.M. 28-0.	2-83 e dell' ACN 29 luglio 2009 – allegato H
II sottoscritto	)	nella sua qualità di legale
rappresentar	nte della Scuola/Istituto	
chiede che l'a	alunno	
nato il	frequentante la classe	<b>9</b>
venga sottop	osto al controllo sanitario di cui ai citati D.	M. e D.P.R. per la pratica, nell'ambito scolastico, di
attività sporti	ve non agonistiche relative a :	
in or a ga Enti Disci	ario extracurricolare, con la partecipazionere, campionati, competizioni tra atleti e/o pubblici e privati e organizzate nell'ambito iplina sportiva:	······································
	comprensoriali )	nelle fasi successive alle selezioni di Istituto ( fasi
Doto	(barrare la casel	la che interessa)
Data		
		IL DIRIGENTE SCOLASTICO (timbro e firma autografa)



Istituto Scolastico
CERTIFICATO DI STATO DI BUONA SALUTE Rilasciato ai sensi e per i fini di cui all'art.1, lett. a) e c) del D.M. 28-02-83 e dell' ACN 29 Luglio 2009
COGNOME
residente in via
Comune diProvincia ( )
Il paziente sulla base della visita medica da me effettuata, risulta in stato di buona salute e non presenta al
momento della visita controindicazioni in atto alla pratica di attività sportive non agonistiche.
Il presente certificato, emesso su specifica richiesta del legale rappresentante della Scuola / Istituto e ad esclusivo uso della stessa, ha validità annuale dalla data di rilascio.
uata di Hiascio.
Data
Firma