

**RICHIESTA PER IL RILASCIO GRATUITO
DI CERTIFICATO MEDICO IN AMBITO SCOLASTICO**

ai sensi 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

I sottoscritti _____ genitori dell'alunno/a
_____, nato/a a _____
il _____ iscritto/a per il corrente anno scolastico alla classe _____ della Scuola
secondaria di I grado di _____

CHIEDONO

che il proprio figlio venga sottoposto a visita medica per il rilascio del prescritto certificato di idoneità alla pratica sportiva non agonistica di cui sopra, relativo a:

- **Attività parascolastiche:** attività fisico-sportive organizzate dagli organi scolastici nell'ambito di attività parascolastiche non in orario di ed. fisica
- **Campionati Studenteschi:** nelle fasi precedenti quelle nazionali, compresa la fase d'Istituto

Data _____

Firma del genitore _____

Firma del genitore _____

ISTITUTO COMPRENSIVO "MARGHERITA HACK"

Via Dante, 48 - 33085 MANIAGO (PN) – Tel. 0427 709057
C.F. 90013200937– Cod. Mecc. PNIC82800X –
Comuni di FRISANCO - MANIAGO - VIVARO

Si attesta che l'alunno/a sopraindicato è iscritto/a all'Istituto Comprensivo "M. Hack" di Maniago e che le attività sportive sopraindicate sono in inserite nel PTOF.

Maniago, _____

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Laura Ruggiero