



**ISTITUTO COMPRENSIVO "TOMMASONE - ALIGHIERI"**

**LUCERA (FG)**

Piazza Matteotti, 1 - 71036 Lucera

Tel. 0881/522662



P.E.C. fgic876009@pec.istruzione.it

Codice Meccanografico: FGIC876009

Sito web: www.tommasono-alighieri.edu.it

P.E.O.: fgic876009@istruzione.it

Codice Fiscale 91022320716



**MODULO DI RICHIESTA DEL CERTIFICATO MEDICO GRATUITO IN AMBITO SCOLASTICO**

La sottoscritta Dirigente Scolastico prof.ssa Francesca CHIECHI nella sua qualità di legale rappresentante dell' **ISTITUTO COMPRENSIVO "TOMMASONE-ALIGHIERI"** – P.zza Matteotti, 1 – 71036 LUCERA (Fg) – C.F. 91022320716, Codice Meccanografico: FGIC876009, chiede che l'alunno/a *cognome*.....*nome* ..... nato/a il..... frequentante la classe.....sez. .... della Scuola Secondaria "Dante Alighieri", Viale Dante, 1 – LUCERA (Fg), venga sottoposto al controllo sanitario per la pratica, nell'ambito scolastico, di attività sportive non agonistiche relative a :

- 1)  **CAMPIONATI STUDENTESCHI** comprese fasi : d'Istituto (non promozionale), provinciali e regionali.
- 2)  **ATTIVITA' PARASCOLASTICHE** intese come attività fisico sportive inserite nel P.O.F. svolte in orario extracurricolare, con la partecipazione attiva dell'insegnante, finalizzate alla partecipazione a gare, campionati, competizioni tra atleti e/o manifestazioni sportive organizzate dal MIUR o da Enti pubblici e privati e organizzate nell'ambito dei Centri Sportivi Scolastici dalle fasi di istituto fino alle fasi regionali comprese.

Data .....



**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**Francesca CHIECHI**

*Firma autografa omessa ai sensi dell'art. 3 del D. Lgs. n. 39/1993*

**Modulo rilascio certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva di tipo non agonistico in ambito scolastico (D.M. 24 aprile 2013 e s.m.i.)**

**Istituto:** SCUOLA SECONDARIA DI 1° GRADO "DANTE ALIGHIERI" – V.LE DANTE, 1 - LUCERA FG

**Studente:** *cognome* ..... *nome* .....

**Nato/a a:** ..... il : .....

**Residente a:** ..... Via ..... n.....

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, dei valori di pressione arteriosa rilevati, nonché del referto del tracciato E.C.G. eseguito in data ....., non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva non agonistica in ambito scolastico. Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

Luogo e data,.....

Dott. ....