ISTITUTO ISTRUZIONE SUPERIORE STATALE
"LUIGI CASTIGLIONI"
Via Garibaldi, 115 – 20812 Limbiate (MB)

MODULO DI 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

La sottoscritta Viviana Guidetti in qualità di Dirigente Scolastica

Chiede

che l'alunno.....

nato il..... frequentante la classe.....

venga sottoposto al controllo sanitario gratuito[1] , nonché ai citati D.M. per la pratica nell'ambito scolastico di **attività sportive non agonistiche** relative a :

1) [ ] **Attività Parascolastiche:**
alunni che svolgono attività fisico-sportive organizzate dagli organi scolastici nell'ambito delle attività parascolastiche inserite nel PTOF - non in orario Educazione Fisica

2) [ ] **Giochi Sportivi Studenteschi:**
coloro che partecipano ai Giochi Sportivi Studenteschi nelle fasi precedenti a quelle nazionali, compresa la fase d'Istituto

Data.....

LA DIRIGENTE SCOLASTICA
Prof.ssa Viviana Guidetti

.....