



# Istituto Comprensivo Statale di Ronco all'Adige

Viale Vittorio Veneto, 19 – 37055 Ronco all'Adige (VR) – Tel. 045-6615376 Fax 045-6616140  
http://www.ic-ronco.edu.it – Cod. meccanografico: VRIC816001 - Cod. Fisc. 80020280238  
e Mail : vric816001@istruzione.it / vric816001@pec.istruzione.it



FONDI  
STRUTTURALI  
EUROPEI



PER INFORMAZIONI SULLE ATTIVITÀ OPERATIVE INFORMATICA VISITATE

## MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA

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

Ai sensi del Decreto 24 aprile 2013 e s.m.i. e ACN pediatria 29 luglio 2009 e s.m.i. all. H;

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ (Dirigente Scolastico)

Nella sua qualità di legale rappresentante della scuola Istituto Comprensivo Statale di Ronco all'Adige

Chiede che l'alunno/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

Frequentante la classe \_\_\_\_\_ plesso di \_\_\_\_\_

Venga sottoposto al controllo sanitario di cui ai citati D.M. 24 aprile 2013 e D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 art.49 per la pratica, nell'ambito scolastico, **di attività sportive NON agonistiche** relative a:

- 1)  **ATTIVITA' PARASCOLASTICHE:** intese come attività fisico sportive inserite nel PTOF 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.
- 2)  **GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI:** nelle fasi successive alle selezioni di Istituto (fasi intercomprensoriali)

(Barrare la voce che interessa).

Data \_\_\_\_\_

Il Dirigente Scolastico

Firma autografa sostituita a mezzo stampa  
(art. 3, comma 2, D.Lgs. n. 39 del 1993)

## CERTIFICATO DI IDONEITA' ALLA PRATICA DI ATTIVITA' SPORTIVA

(Rilasciato ai sensi del D.M. 24 aprile 2013 e s.m.i e ACN pediatria 29 luglio 2009 e s.m.i. all. H)

COGNOME ..... NOME.....

nato a ..... Prov. .... il .....

residente a ..... Prov. .... isc. SSN .....

Il soggetto sulla base della visita medica da me effettuata, dei valori di pressione arteriosa rilevati, nonché del referto del tracciato ECG 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 .....

Il Medico

.....  
Timbro e firma