



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
LICEO GINNASIO DI STATO "EUGENIO MONTALE"

Classico, Linguistico, delle Scienze Umane

Via di Bravetta, 545 - 00164 ROMA - cod.fisc. 97021870585

☎ 06 661 50 748 - 06 661 40 596 fax 06 661 69 315

✉ RMPC320006@istruzione.it Sto web: www.liceomontaleroma.it

**MODULO DI RICHIESTA DEL CERTIFICATO DI STATO DI BUONA SALUTE ALLA PRATICA DI
ATTIVITA' SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO IN AMBITO SCOLASTICO**
(D.M. 24 Aprile 2013 e s.m.i. e ACN pediatria 15 Dicembre 2005 e s.m.i.)

Il Dirigente Scolastico, nella sua qualità di legale rappresentante dell'Istituto, chiede che l'alunno/a
_____ nato/a _____ il _____
frequentante la classe _____ sez. _____

CHIEDE

il rilascio di certificato medico per l'attività sportiva non agonistica, come previsto dal Decreto del
Ministro della salute del 24 aprile 2013 e successive modifiche e integrazioni dalla Legge 9 agosto
2013 n. 98, dal Decreto del Ministro della Salute dell'8 agosto 2014 (Linee-Guida di indirizzo in
materia di certificati medici per l'attività sportiva non agonistica), dalla Legge del 30 ottobre 2013
n. 125 e dall'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri del
15/12/2005 e ss.mm.ii., per la pratica di attività sportive non agonistiche relative a:

ATTIVITA' PARASCOLASTICHE: intese come attività fisico sportive inserite nel P.T.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 Ministero
dell'Istruzione o da Enti pubblici e privati e organizzate nell'ambito dei Centri Sportivi Scolastici.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Documento firmato digitalmente
ai sensi della normativa vigente

restituire modulo compilato e intero al proprio docente di Scienze motorie

**Modulo rilascio certificato di stato di buona salute alla pratica di attività sportiva di tipo non
agonistico in ambito scolastico**

(D.M. 24 Aprile 2013 e s.m.i. e ACN pediatria 15 Dicembre 2005 e s.m.i.)

Studente: _____ nato/a a _____ il _____,
residente a _____

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, 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.

Data _____

Il Medico curante Dott. _____