



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA LOMBARDIA
ISTITUTO COMPRENSIVO di COSIO VALTELLINO



23013 COSIO VALTELLINO (SO) - Via P.L. Nervi, n. 1 - C.F. 91007460149 - C.M. SOIC81100R

TEL: 0342/635748 MAIL: SOIC81100R@istruzione.it PEC: SOIC81100R@pec.istruzione.it SITO: www.iccosiovaltellino.edu.it

Cosio Valtellino, Prot. e data (far riferimento alla segnatura)

Al Medico dell'alunno/a _____ nato a _____

il _____ e residente a _____ indirizzo _____

Oggetto: Richiesta certificazione medica ai sensi del Decreto del Ministro della Salute. 08/08/2014 "Linee Guida di indirizzo in materia di certificati medici per l'attività sportiva non agonistica".

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 42-bis del D.L. 21/06/2013, n. 69, convertito dalla L. 09/08/2013, n. 98 e s.m., si richiede che l'alunno/a venga sottoposto al controllo sanitario di cui alla citata normativa per il rilascio - per uso scolastico - del certificato di idoneità all'attività sportiva di tipo non agonistica.

Si precisa che il certificato IN Originale sarà acquisito agli atti dell'Istituzione Scolastica e non sarà riprodotto in alcuna forma né utilizzato per scopi diversi da quello scolastico.

Come da nota D.G. Salute di Regione Lombardia n. H1.2015.009787 del 26/03/2015, l'ECG per gli studenti di 1° e 2° grado è erogato **senza alcun onere a carico dell'assistito**.

Ai sensi della nota della D.G. Salute di Regione Lombardia n.H1.2014.0005182 del 06/02/2014, si ricorda che **gli alunni già in possesso di certificato per attività sportiva agonistica, qualunque sia lo sport praticato non devono richiedere una seconda certificazione per l'attività sportiva non agonistica, ma è sufficiente che la scuola abbia la copia del certificato per l'attività agonistica.**

Il Dirigente scolastico

Marco Vaninetti

Documento firmato digitalmente

Uff Alunni MV/sb

Regione Lombardia

ASST Valtellina e Alto Lario

Dott. (Medico / Pediatra): _____

CERTIFICATO DI IDONEITA' ALLA PRATICA DI ATTIVITA' SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO

(All. C Decr. Interm. 24/04/2013)

Cognome _____ Nome _____

nato a _____ il _____ residente _____

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. Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

(luogo e data)

(timbro e firma del medico certificatore)