



F.I.M.P.

Federazione Italiana Medici Pediatri
Regione Veneto

USR Veneto

Attività sportiva scolastica

**MODULO DI RICHIESTA DEL CERTIFICATO MEDICO GRATUITO IN AMBITO SCOLASTICO ed
eventuale richiesta elettrocardiogramma con codice gratuità 101**



MINISTERO DELL'ANZIANITÀ E DELLA SALUTE - ROMA

Viale Trieste, 37 - 00193 ROMA
Tel. 06/27610385

Ai sensi dell'art. 1 lett. a) e c) del D.M. 28-02-83 e dell' ACN 29 luglio 2009 – allegato H

PROT. N° 13042 - del 20/10/2023

Il sottoscritto DORIANA RENNO nella sua qualità di legale
rappresentante della Scuola/Istituto COMPRENSIVO N. 4 "STEFANINI" - TV
chiede che l'alunno.....
nato il..... frequentante la classe.....
venga sottoposto al controllo sanitario di cui ai citati D.M. e D.P.R. per la pratica, nell'ambito scolastico, di
attività sportive non agonistiche relative a :

- 1) **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 C.S.A. o da Enti pubblici e privati e organizzate nell'ambito dei Centri Sportivi Scolastici.
Disciplina sportiva :
- 2) **GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI:** nelle fasi successive alle selezioni di Istituto (fasi intercomprensoriali)

(barrare la casella che interessa)

Data.....

