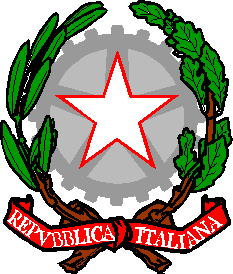
****

**ISTITUTO COMPRENSIVO “COMO LAGO”**

Scuola Infanzia – Primaria – Secondaria I

22100 Como – Via Brambilla, 49

Tel. 031 308552 – fax 031 301279

e-mail: [coic809002@pec.istruzione.it](mailto:coic809002@pec.istruzione.it) – uffici: [coic809002@istruzione.it](mailto:coic809002@istruzione.it)

c.f. 95064880131

**Modulo richiesta certificato medico gratuito in ambito scolastico**

La Dirigente Scolastica dell’Istituto Comprensivo “Como Lago”

chiede

che l’alunno/a ……………………………………..………………….……., nato/a a ………………………...………………….. il ……………………….., frequentante la classe ……………….

ai sensi dell’art. 3 del decreto interministeriale del 24/04/2013, modificato dall’art. 42 bis del Decreto Legge n. 69/2013, convertito dalla Legge n. 98/2013 e s.m., venga sottoposto al controllo sanitario per la pratica, in ambito scolastico, di attività sportive non agonistiche relative a

□ Attività parascolastiche: intese come attività fisico sportive inserite nel P.T.O.F., svolte in orario extracurricolare, con 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 del Centro Sportivo Scolastico

□ Giochi Sportivi Studenteschi nelle fasi successive alla fase d’istituto

Como, ………………………………..

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

F. to *Giuseppina Romina Porro*

(Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell’art. 3, comma 2 del decreto legislativo n.39/1993)

#### 

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Certificato di idoneità alla pratica di sportiva non agonistica**

Istituto Comprensivo Como Lago

L’alunno/a................................................................ nato/a a................................... il .........................,

residente a................................. 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*

*ed è valido esclusivamente in copia originale e per il solo uso scolastico.*

Data ………………………

*Firma e timbro del medico*