****

**ALLEGATO B**

ISTITUTOD’ISTRUZIONESUPERIORE“L.NOSTRO - L.REPACI”

VILLA SAN GIOVANNI (RC)

Via Garibaldi, 75 – 89018 – Villa San Giovanni (RC) - C. M. RCIS03600Q

Tel./Fax0965/499481 [www.nostrorepaci.edu.it](http://www.nostrorepaci.edu.it)

rcis03600q@istruzione.it - rcis03600q@pec.istruzione.it

**RICHIESTA CERTIFICATO MEDICO GRATUITO IN AMBITO SCOLASTICO**

Ai sensi del decreto 24 aprile 2012 e s.m.i. e ACN 29 luglio 2009 – allegato H

 La sottoscritta Maristella Spezzano nella sua qualità di legale rappresentante del’IIS "Nostro/Repaci" di Villa S. Giovanni chiede che l’alunno/a……………………………………………………………………………………………………… nato/a a…………………………………………….. il.................................... frequentante la classe………….. sez……….. plesso.................................................... venga sottoposto al controllo sanitario per la pratica, nell’ambito scolastico, di attività sportive non agonistiche relative a :

1) attività fisico sportive, organizzate da questa Istituzione nell’ambito del Centro Sportivo Scolastico;

2) Campionati Studenteschi nelle fasi precedenti la fase nazionale.



 IL DIRIGENTE SCOLASTICO

 Prof.ssa Maristella Spezzano

 Firma autografa sostituita a mezzo

 stampa ex art.3, c.2 D.Lgs n.39/93

**Certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva di tipo non agonistico**

**Cognome e Nome**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nata/o a** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**il** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Residente a** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**in via** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

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.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_li\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Il medico certificatore**

 (timbro e firma)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_