



**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE**  
*Scuola dell'infanzia-Scuola primaria-Scuola secondaria di 1° grado a indirizzo musicale*  
**"BOER-VERONA TRENTO"**

Via XXIV Maggio, 84 - 98122 **MESSINA**

Tel. 090.42910/fax 090.3710517

MEIC893003

C.F. 80007240833

[meic893003@istruzione.it](mailto:meic893003@istruzione.it)

[meic893003@pec.istruzione.it](mailto:meic893003@pec.istruzione.it)

[www.icboerveronatrengo.it](http://www.icboerveronatrengo.it)

**RICHIESTA CERTIFICAZIONE MEDICA GRATUITA IN AMBITO SCOLASTICO**  
**A.S. 2023/2024**

Ai sensi dell'art. 3 del D.interm. del 24/04/2013, modificato dall'art. 42 bis del D.L. n.69/2013, convertito dalla L. 98/2013 e s.m.i. (comma 2) e del D.M. 8 agosto 2014, il sottoscritto Prof. Santo Longo, in qualità di legale rappresentante pro-tempore della Istituzione scolastica, chiede che l'alunno/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez \_\_\_\_\_ venga sottoposto/a al controllo sanitario per la pratica di attività sportive non agonistiche, nel dettaglio:

- *attività fisico-sportive organizzate dagli organi scolastici nell'ambito delle attività parascolastiche;*
- *partecipazione ai Campionati Sportivi Studenteschi nelle fasi precedenti a quella nazionale.*

Data \_\_\_\_\_



Il Dirigente scolastico

**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, data

.....  
 firma del medico certificatore