



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
 Istituto Comprensivo di Scuola Primaria e Secondaria di primo grado
 Plazal dali Sckòla,77 - 23030 LIVIGNO (SO)
 Tel: 0342 996394 FAX: 0342 970212
e.mail: soic80300t@istruzione.it

Prot.n.4508 C/27

data 21/12/2015

Al Medico dell'alunno/a _____ nato/a a _____

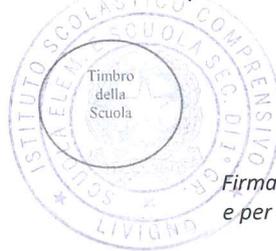
il _____ e residente a _____ in Via/P.zza _____

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**. A tal fine il PdLS o MMG compilerà una richiesta su ricettario del SSN (ricetta rossa) indicando l'esenzione I01 (imola zero uno) e riportando come quesito diagnostico/motivazione della richiesta: "Per certificazione non agonistica richiesta dalla scuola"

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 (visite da A1 a B5) 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
Prof. Bruno SPECHENHAUSER

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, comma 2, D.Lgs n. 39/93

Regione Lombardia

A.S.L. della Provincia di Sondrio

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.

Data, _____

Il Medico
 (timbro e firma)