



Ministero dell'Istruzione e del Merito  
 Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio

**ISTITUTO COMPRENSIVO "GIUSEPPE BAGNERA"**

Sede centrale - Via G. Bagnera 64 - 00146 - Roma - Tel. 06/5580690 - Fax 06/5599317  
 Distretto Scolastico 23 - Municipio XI (ex XV) - Cod. Mecc. RMIC8FS007 - Cod. Fisc. 97713450589  
 Sito web: [www.icbagnera.edu.it](http://www.icbagnera.edu.it) - E-Mail: [rmic8fs007@istruzione.it](mailto:rmic8fs007@istruzione.it) Pec: [rmic8fs007@pec.istruzione.it](mailto:rmic8fs007@pec.istruzione.it)

**RICHIESTA DI CERTIFICATO MEDICO GRATUITO IN AMBITO SCOLASTICO**

(art. 3 del DI del 24/04/2013, modificato dall'art. 42 bis del DL n. 69/2013, convertito dalla Legge n.98/2013 e s.m. e del Decreto 8 agosto 2014)

La sottoscritta Dott.ssa Stefania Forcellini, in qualità di Dirigente Scolastico, legale rappresentante della Istituzione scolastica in intestazione

**CHIEDE**

per l'alunno/a .....  
 nato/a ..... il .....  
 frequentante la classe.....sez.....

il certificato medico di idoneità alla pratica di attività sportive non agonistiche relative a ATTIVITA' PARASCOLASTICHE, intese come attività fisico-sportive inserite nel P.T.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 MIM o da Enti pubblici e privati e organizzate nell'ambito dei Centri Sportivi Scolasticie/o CAMPIONATI STUDENTESCHI (dalle fasi di istituto fino alle fasi regionali comprese).

Luogo e data.....

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**  
*Dott.ssa Stefania Forcellini*  
 (firma autografa sostituita a mezzo stampa,  
 ex art. 3, co. 2, D.lgs. 39/93)

**CERTIFICATO DI IDONEITÀ ALLA PRATICA DI ATTIVITÀ SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO IN AMBITO SCOLASTICO**

(art. 3 DI del 24/04/2013, modificato dall'art. 42 bis del DL n.69/2013, convertito dalla Legge 98/2013 e s.m.)

Studente.....

Nata/oa..... il.....

Residente a.....

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, dei valori di pressione arteriosa rilevati, nonché del referto del tracciato E.C.G. 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.

Luogo e data.....

Dott. \_\_\_\_\_

(timbro e firma del medico certificatore)

.....