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

Ai sensi del decreto del 7 agosto 2014 (Certificati sportivi scolastici \_ esenzione I01) e delle Linee Guida emanate dal Ministero della Salute in data 8 agosto 2014,

il sottoscritto DS prof.ssa Mina FABRIZIO nella sua qualità di legale rappresentante della Scuola/Istituto ITT GIORGI di BRINDISI

chiede

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

venga sottoposto al controllo sanitario di cui ai citati D.M. e D.P.R. per la pratica, nell’ambito scolastico, di

attività sportive non agonistiche relative a :

1) **□ CAMPIONATI STUDENTESCHI** comprese fasi: d’Istituto (non promozionale), provinciali e regionali.

2) **□ ATTIVITA’ PARASCOLASTICHE** intese come attività fisico sportive inserite nel P.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 MIUR o da Enti pubblici e privati e organizzate nell’ambito dei Centri Sportivi Scolastici dalle fasi di istituto fino alle fasi regionali comprese.

Data........................................................

 Il Dirigente Scolastico

 *Prof.ssa Mina FABRIZIO*

 *Documento informatico firmato digitalmente*

 *ai sensi del D.Lgs.82/2005 s. m. i. e norme collegate,*

 *il quale sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa.*