



REPUBBLICA ITALIANA - REGIONE SICILIANA

ISTITUTO COMPRENSIVO "P. A. COPPOLA"

Via Medaglie d' Oro n. 25 - 95124 - CATANIA

Tel. 095.350272 - fax 095/ 7318892 - Cod. Fisc. 80011950872

## **RICHIESTA DI RILASCIO CERTIFICAZIONE DI IDONEITA' ALLA PRATICA DELL'ATTIVITA' SPORTIVA NON AGONISTICA AD USO ESCLUSIVO SCOLASTICO**

ai sensi - del Decreto del Ministro della Salute del 24 aprile 2013;  
- della Legge del 9 agosto 2013, n° 98 art. 42 bis;  
- della Legge 30 ottobre 2013, n° 125 art. 10-septies;  
- del Decreto del Ministro della Salute dell'8 agosto 2014;  
- della Nota esplicativa del Ministro della Salute n. 4165 del 16 giugno 2015;  
- della Nota integrativa del Ministro della Salute del 28 ottobre 2015.  
- Decreto Interministeriale del 28/02/2018

La sottoscritta prof.ssa Ornella Peri in qualità di Dirigente Scolastico dell'I.C. "P.A. COPPOLA" di Catania (CT) chiede che l'alunno.....nato a ..... il..... frequentante la classe.....venga sottoposto al controllo sanitario gratuito, ai sensi della normativa vigente sopra indicata, per la pratica nell'ambito scolastico di **attività sportive non agonistiche** relative a :

1)  **Attività Parascolastiche:**

alunni che svolgono attività fisico-sportive nell'ambito di tutte quelle attività inserite nel PTOF, al di fuori dei curricoli obbligatori (non in orario di Educazione Fisica/ Motoria).

2)  **Giochi Sportivi Studenteschi:**

coloro che partecipano ai Giochi Sportivi Studenteschi nelle fasi precedenti a quelle nazionali, compresa la fase d'Istituto.

Data ...../...../...

Il Dirigente Scolastico

Prof.ssa Ornella Peri

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3, comma 2 del Decreto Legislativo n.39/1993.

## **CERTIFICAZIONE DI IDONEITA' (A CURA DEL MEDICO CURANTE)**

certifico che l'alunno/a.....CF..... nato/a a ..... il.....sulla base della visita da me effettuata è in buona salute e NON presenta controindicazioni in atto alla pratica sportiva non agonistica. Il presente certificato, ad uso esclusivo scolastico, ha validità annuale dalla data del rilascio.

Data.....

IL MEDICO CURANTE  
(timbro e firma)