



UNIONE EUROPEA

FONDI STRUTTURALI EUROPEI

PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO-FESR

pon 2014-2020



MIUR

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca  
Dipartimento per la Programmazione  
Direzione Generale per gli interventi in materia di edilizia  
scuolastica, per la gestione dei fondi strutturali per  
l'istruzione e per l'innovazione digitale  
Ufficio IV



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA

UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO

Istituto Comprensivo "Pablo Neruda"  
Via Casal del Marmo n. 212 - 00135 Roma

Cod. Fisc. 97714290588

✉ [RMICSGR00L@istruzione.it](mailto:RMICSGR00L@istruzione.it) - [Rmic8gr00l@pec.istruzione.it](mailto:Rmic8gr00l@pec.istruzione.it)

☎ 06/30819741 fax 06/30819741

Ai sensi dell'art. 3 del Decreto Interministeriale del 24/04/2013, modificato dall'art. 42 bis del Decreto Legge n.69/2013, convertito dalla Legge n. 98/2013 e s.m. la sottoscritta prof.ssa Brunella Martucci nella sua qualità di legale rappresentante dell'IC "Pablo Neruda" chiede che

l'alunna/o.....

nata/o il..... frequentante la classe ..... sez.....

venga sottoposta/o al controllo sanitario di cui ai citati decreti e leggi per la pratica, nell'ambito scolastico, di attività sportive non agonistiche relative a:

- 1)  **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.
- 2)  **CAMPIONATI STUDENTESCHI:** dalle fasi di istituto fino alle fasi regionali comprese.

Roma, .....

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof.ssa Brunella Martucci  
(timbro e firma autografa)

.....

### CERTIFICO CHE

Lo studente .....

Nata/o a ..... il .....,

residente a.....

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.

Si rilascia gratuitamente su richiesta del Dirigente Scolastico, per gli usi consenti dalla legge.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio ed è valido esclusivamente in copia originale e per il solo uso scolastico.

.....

Firma e timbro del medico