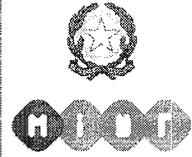




UNIONE EUROPEA

**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
"SALVATORE QUASIMODO"**
Piazza I Maggio - 80020 - Crispano (NA)
 Tel. 081-8348417
 e-mail Istituzionale: naic88100n@istruzione.it
 Pec: naic88100n@pec.istruzione.it
 C.F.: 94092190639 - Codice univoco ufficio: UFNUQT
 Scuola di qualità norma UNIENSO 9004:2009 Sito Web: www.icquasimodocrispano.edu.it



MODULO DI RICHIESTA DEL CERTIFICATO MEDICO SCUOLA ATTIVA JUNIOR

SS I GRADO "S.QUASIMODO" – CRISPANO - NA

Ai sensi dell'art. 3 del Decreto del Ministero della Salute del 24/04/2013, modificato dall'art. 42 bis del Decreto Legge n. 69/2013, convertito dalla Legge n. 98/2013; dell'art. 4, comma 10 septies del Decreto Legge n. 101 del 31/08/2013, convertito con modificazioni, dalla Legge n. 125, del 30/10/2013; del Decreto del Ministero della Salute dell'08/08/2014 (Linee Guida di indirizzo in materia di certificati medici per l'attività sportiva non agonistica); della Nota esplicativa del 17 giugno 2015; della Nota integrativa del 28 ottobre 2015;

Il Dirigente Scolastico Prof.ssa Gilberta Materazzo nella sua qualità di legale rappresentante dell'Istituto Comprensivo S. Quasimodo di Crispano Na chiede che

l'alunno/a _____ nato/a il _____ a
_____ frequentante la
classe _____ venga
sottoposto/a al controllo sanitario di cui ai citati decreti e leggi per lo svolgimento di Campionati studenteschi, gare e competizioni, nell'ambito scolastico, di attività sportive inserite nel PTOF.

CERTIFICAZIONE DI IDONEITA' ALLA PRATICA SPORTIVA per PROGETTI "Scuola attiva junior" e "Centro Sportivo Studentesco (CSS) " SS I GRADO "S. Quasimodo"

ai sensi del D.M S. del 28/02/1983, art.1 lettere a) e c) e del DPR 272 del 28/07/00, ai sensi della L. 98/2013 e successive modificazioni L.125/2013, DM.8/8/2014

Vista la richiesta effettuata e sottoscritta dall'Autorità scolastica in data/...../..... si certifica che il Sig..

nate a... .. il .../.../..... residente a... .. sulla base della visita medica da me effettuata, dei valori di pressione rilevati, nonché del referto del tracciato ECG eseguito in data.. .. , non presenta controindicazioni in atto allo svolgimento delle attività sportive legate ai campionati studenteschi e alle gare organizzate nell'ambito del progetto "Centro Sportivo Studentesco".Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio

Luogo data, ././

Firma e timbro del medico



UNIONE EUROPEA

**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
"SALVATORE QUASIMODO"**
Piazza I Maggio - 80020 - Crispano (NA)
 Tel. 081-8348417
 e-mail Istituzionale: naic88100n@istruzione.it
 Pec: naic88100n@pec.istruzione.it
 C.F.: 94092190639 - Codice univoco ufficio: UFNUQT
 Scuola di qualità norma UNIENSO 9004:2009 Sito Web: www.icquasimodocrispano.edu.it



AUTORIZZAZIONE PARTECIPAZIONE PROGETTI

IL SOTTOSCRITTO..... GENITORE
 DELL'ALUNNO..... TEL CASA.....
 CELL.....
 FREQUENTANTE LA CLASSE..... DI CODESTO ISTITUTO.

AUTORIZZA

IL PROPRIO FIGLIO A PARTECIPARE AL PROGETTO DI PALLAVOLO.

CRISPANO, Li

FIRMA