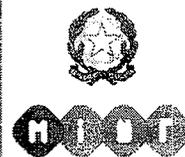




UNIONE EUROPEA

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



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