



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA  
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO

**ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE**

**«GIORGI - WOOLF»**

V.le P. Togliatti, 1161 – 00155 ROMA – Municipio V - Distretto XV – ☎ 06.121127300/1

🌐 <http://www.itisgiorgiroma.edu.it/> – Codice Mecc.: RMIS121002– C.F.: 97977620588

✉ RMIS121002@istruzione.it

PEC: RMIS121002@pec.istruzione.it

**MODULO DEL CERTIFICATO MEDICO IN AMBITO SCOLASTICO**

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 Elena Tropea, nella sua qualità di legale rappresentante della Scuola/Istituto I.I.S. "GIORGI - WOOLF"

CHIEDE

che l'alunno/a .....

nato/a in ..... il .....

frequentante la classe .....

venga sottoposto 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 anche in orario extracurriculare, 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 d'Istituto fino alle fasi regionali comprese.

Data, .....

F.to Il Dirigente Scolastico

Elena Tropea

Firma autografa sostituita a mezzo stampa  
ai sensi dell'art.3, c.2 D.Lgs. n. 39/1993

**MODELLO MODULO RILASCIO CERTIFICATO D'IDONEITA' ALLA PRATICA DI  
ATTIVITA' SPORTIVA DI TIPO NON AGONOSTICO**

**(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.)**

**Studente.....**

**Nato/a a.....il.....**

**Residente a.....**

**Il soggetto, 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 per la pratica di attività sportiva non agonistica in ambito scolastico.**

**Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.**

**Data,**

**Timbro e firma del Medico**