



AMBITO TERRITORIALE 4  
**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE**  
**“Beato Francesco Maria Greco - San Giacomo”**  
Via DON LUIGI STURZO - A C R I (CS) - Tel. e Fax 0984/953853  
C.F.:85000290784 ♦ e-mail: [csic899004@istruzione.it](mailto:csic899004@istruzione.it) [csic899004@pec.istruzione.it](mailto:csic899004@pec.istruzione.it)  
[www.icbeatofrancescomariagreco.edu.it](http://www.icbeatofrancescomariagreco.edu.it)

---

**Ai sig. Genitori degli alunni  
della Scuola Sec. I Grado**

**Oggetto: Modulo di richiesta e rilascio gratuito di certificato medico in ambito scolastico.**

ai sensi del D.M dell'8 agosto 2014 recante” Linee guida di indirizzo in materia di certificati medici per l'attività sportiva non agonistica” nonché dei punti a) e c) della Nota Esplicativa del Ministero della Salute n° 4165 del 16/06/2015,

La sottoscritta dott.ssa Agatina Giudiceandrea, in qualità di Dirigente Scolastico dell'I.C. Beato F. Maria Greco- S. Giacomo

Chiede

che l'alunno/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_  
sez. \_\_\_\_\_ plesso \_\_\_\_\_ venga sottoposto al controllo sanitario gratuito,  
nonché ai citati D.M. per la pratica nell'ambito scolastico di attività sportive non agonistiche relative a:

- 1) ATTIVITA' PARASCOLASTICHE: alunni che svolgono attività fisico-sportive organizzate dagli organi scolastici nell'ambito delle attività parascolastiche inserite nel PTOF - non in orario Educazione Fisica
- 2) GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI: coloro che partecipano ai Giochi Sportivi Studenteschi nelle fasi precedenti a quelle nazionali, compresa la fase d'Istituto

**Il Dirigente Scolastico**  
**Dott.ssa Agatina Giudiceandrea**  
(firma autografa sostituita a mezzo stampa  
ex art.3 c.2 D.Lgs.39/93)

(spazio riservato al medico)

**SI CERTIFICA CHE**

Cognome .....Nome.....  
nato a .....il..... residente a  
..... via.....n.....

il soggetto, sulla base della visita da me effettuata, dai valori di pressione arteriosa rilevati, nonché del referto del tracciato ECG eseguito in data .....non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva non agonistica.

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

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

Data.....

*firma e timbro del medico*