



Unione Europea

FONDI STRUTTURALI EUROPEI

pon 2014-2020



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Dipartimento per la programmazione e la Gestione delle Risorse Umane, Finanziarie e Strumentali
Direzione Generale per interventi in materia di Edilizia Scolastica per la gestione dei Fondi Strutturali per l'Istruzione e per l'Innovazione Digitale
Ufficio IV

PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO (FSE)



ISTITUTO COMPRENSIVO PERUGIA 2

FOSCOLO - MONTESSORI - S. ERMINIO

Via Pinturicchio, 64 - 06122 PERUGIA - Tel. 075 5724612 - Fax 075 5723061

e-mail: pgic862006@istruzione.it - pec: pgic862006@pec.istruzione.it

Cod. mecc.: PGIC862006 C.F. 94152450543

Perugia,

Al medico dell'alunno _____ nato a _____
il _____ residente in _____

Oggetto: Richiesta certificazione medica ai sensi del D.M. 28/02/1983.

L'alunno di cui sopra intende prendere parte all'attività fisico-sportiva organizzata da questa scuola
(barrare le voci che interessano):

ATTIVITÀ FISICO-SPORTIVE ORGANIZZATE DAGLI ORGANI SCOLASTICI NELL'AMBITO DELLE ATTIVITÀ PARASCOLASTICHE

GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI - FASI PROVINCIALI E REGIONALI

MANIFESTAZIONI SPORTIVE INSERITE NEL P.O.F.

Al fine di consentirgli detta pratica sportiva si ha la necessità di acquisire la certificazione medica attestante LA NON CONTROINDICAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ SPORTIVE NON AGONISTICHE. Si chiede, pertanto, che l'alunno venga sottoposto a visita medico gratuita, che ai sensi del D.M. 28/02/1982-art 2-1 comma, deve avvenire preventivamente alla pratica di detta attività.

Nell'intento di agevolare il lavoro della S.V., si ritiene utile riportare, di seguito, il modello utilizzabile per la certificazione in parola.

Il Dirigente Scolastico

Prof. Giovanni Jacopo Tofanetti

Firma autografa omissa ai sensi dell'art. 3 del D.Lgs. n. 39/1993

Regione Umbria

USL _____

Distretto _____

CERTIFICATO ATTESTANTE LA NON CONTROINDICAZIONE
ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ SPORTIVE NON AGONISTICHE

Cognome _____ Nome _____ nato a _____

il _____ residente a _____

n° iscrizione al S.S.N. / C.F. _____

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, enon presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportive non agonistiche. Il presente certificato ha validità annuale dalla data di rilascio.

Il Medico

_____ luogo e data

_____ timbro e firma