



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE e DEL MERITO
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE DEL LAZIO

**Istituto Comprensivo
"RAFFAELLO"
ROMA**

RICHIESTA DI CERTIFICATO DI STATO DI BUONA SALUTE

(Art. 1 D.M. 28/02/1983; D.P.R. 270 e 272 del 28/07/2000; art.42 Bis del D.L.21/06/2013 n.69, convertito dalla Legge 09/08/2013 n.98; linee guida emanate dal Ministero della Salute con Decreto 08/08/2014; nota Regione Lombardia H 1.20150009787; nota MIUR AOO DRLO R.U. 4275 del 01/04/2015; nota esplicativa del Decreto del Ministro della Salute 08/08/2014 recante "linee guida di indirizzo in materia di certificati medici per l'attività non agonistica del 17/06/2015)

L'istituto Comprensivo Raffaello di Roma con sede in via Giuseppe Capograssi, 23

CHIEDE AL MEDICO CURANTE

per il/la proprio/a studente _____

nato/a a _____ il _____

abitante a _____ in via _____

il rilascio di un certificato per la pratica di attività sportive non agonistiche in ambito scolastico.

Si precisa che, a norma della nota MIUR AOO DRLO R.U: 4275 del 01/04/2015 e della nota di Regione Lombardia H1.20150009787 del 26/03/2015, il certificato richiesto e l'eventuale elettrocardiogramma, obbligatorio se non presentato in precedenza, sono gratuiti per lo studente.

MOTIVO DELLA RICHIESTA

- ☐ Svolgimento di attività fisico sportive nell'ambito di attività parascolastiche (attività svolte in orario extracurriculare, con presenza attiva e responsabile del docente) finalizzate alla **partecipazione a gara, campionati, Giochi Sportivi Studenteschi** di competizione tra atleti (scuola secondaria di 1°grado)
- ☐ Partecipazione ad attività sportive nell'ambito di **campi scuola** a tematica sportiva (scuola secondaria di 1°grado)

Roma, _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Elena Bondi