

Al Medico dell'alunno/a _____ nato/a a _____
il _____ e residente a _____ in Via/P.zza_____

Oggetto: Richiesta certificazione medica ai sensi del Decreto del Ministro della Salute 08/08/2014 "Linee Guida di indirizzo in materia di certificati medici per l'attività sportiva non agonistica".

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" e s.m, nonché dei punti a) e c) della Nota Esplicativa del Ministero della Salute n. 1142 del 01/02/2018, nonché della nota della Regione Lombardia H1.2015.0009787 del 26 marzo 2015 si richiede che l'alunno/a venga sottoposto al controllo sanitario **gratuito,** di cui alla citata normativa regionale, per il rilascio – **per uso scolastico** – del certificato di idoneità all'attività sportiva di tipo non agonistico. Per il rilascio del certificato, per chi non ha patologie o fattori di rischio cardiovascolare, è necessario quanto segue: • l'anamnesi e l'esame obiettivo, completi di misurazione della pressione arteriosa; • un elettrocardiogramma a riposo, debitamente refertato, effettuato almeno una volta nella vita.
Si precisa che il certificato **IN ORIGINALE** sarà acquisito agli atti dell'Istituzione Scolastica e non sarà riprodotto in alcuna forma né utilizzato per scopi diversi da quello scolastico.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
LAURA MAURI

****

Regione Lombardia A.S.L. _____

Dott.:_____ (Medico/Pediatra)

CERTIFICATO DI IDONEITÀ ALLA PRATICA DI ATTIVITÁ SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO

Cognome _____ Nome_____ nato 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 ECG eseguito in data _____, non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva non agonistica. Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

Luogo e data, _____ Il Medico timbro e firma