



Ministero dell'Istruzione

ISTITUTO COMPRENSIVO GROSIO GROSOTTO SONDALO
GROSIO 23033 (SO) - PIAZZALE RINALDI, 1 - c.f. 93028000144 - c.m.SOIC82400V
soic82400v@istruzione.it - soic82400v@pec.istruzione.it - 0342887595

Prot. n. 11133/4.8

Grosio, 22 settembre 2022

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 e per gli effetti dell'art. 42-bis del D.L. 21/06/2013, n. 69, convertito dalla L. 09/08/2013, n. 98 e s.m., si richiede che l'alunno/a venga sottoposto al controllo sanitario di cui alla citata normativa per il rilascio - per uso scolastico - del certificato di idoneità all'attività sportiva di tipo non agonistica.

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.

Come da nota D.G. Salute di Regione Lombardia n. H1.2015.009787 del 26/03/2015, l'ECG per gli studenti di 1° e 2° grado è erogato senza alcun onere a carico dell'assistito. A tal fine il PdLS o MMG compilerà una richiesta su ricettario del SSN (ricetta rossa) indicando l'esenzione I01 (imola zero uno) e riportando come quesito diagnostico/motivazione della richiesta: "Per certificazione non agonistica richiesta dalla scuola"

Ai sensi della nota della D.G. Salute di Regione Lombardia n.H1.2014.0005182 del 06/02/2014, si ricorda che gli alunni già in possesso di certificato per attività sportiva agonistica, qualunque sia lo sport praticato (visite da A1 a B5) non devono richiedere una seconda certificazione per l'attività sportiva non agonistica, ma è sufficiente che la scuola abbia la copia del certificato per l'attività agonistica.

AMST/ef



DIRIGENTE SCOLASTICA
Prof.ssa Anna Maria Sala Tenna

Handwritten signature of Prof.ssa Anna Maria Sala Tenna

\*\*\*\*\*

Regione Lombardia

A.S.L. della Provincia di Sondrio

Dott.: \_\_\_\_\_ (Medico / Pediatra)

CERTIFICATO DI IDONEITA' ALLA PRATICA DI ATTIVITA' SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO
(All. C Decr. Interm. 24/04/2013)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente \_\_\_\_\_

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.

Data, \_\_\_\_\_

Il Medico

(timbro e firma)

Protocollo 0011133/2022 del 22/09/2022