



## LICEO CLASSICO STATALE "CORNELIO TACITO"

MINISTERO DELL'ISTRUZIONE

Via Giordano Bruno, 4 00195 ROMA Tel. 06/121123858 Fax. 06/39737428  
e-mail : [rmpc220009@istruzione.gov.it](mailto:rmpc220009@istruzione.gov.it) - PEC: RMPC220009@pec.istruzione.it  
C.F. 80226930586 - Codice Scuola RMPC220009

### MODULO DI RICHIESTA DEL CERTIFICATO MEDICO GRATUITO IN AMBITO SCOLASTICO

SCUOLA/ISTITUTO: LICEO CLASSICO STATALE CORNELIO TACITO CF: 80226930586

Ai sensi dell'art. 3 del Decreto Interministeriale del 24/04/2013, modificato dall'art. 42 bis del Decreto Legge n.69/2013, convertito dalla Legge n. 98/2013 e ss.mm.ii e del Decreto 8 agosto 2014, la sottoscritta PUCCI DANIELA in qualità di legale rappresentante pro-tempore della Istituzione scolastica chiede che lo/la studente/ssa.....  
nato/a il..... frequentante la classe .....sez .....  
venga sottoposto/a al controllo sanitario per la pratica di attività sportive non agonistiche, nel dettaglio: ATTIVITA' PARASCOLASTICHE: intese come attività fisico- sportive inserite nel P.T.O.F. svolte in orario extracurricolare con l'insegnante, finalizzate alla partecipazione a gare, campionati, competizioni tra atleti e/o manifestazioni sportive organizzate dal MIUR o da Enti pubblici e privati e organizzate nell'ambito dei Centri Sportivi Scolastici e/o CAMPIONATI STUDENTESCHI (dalle fasi di istituto fino alle fasi regionali comprese).

Data.....



LA DIRIGENTE SCOLASTICA  
(timbro e firma autografa)

Modulo rilascio certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva di tipo non agonistico in ambito scolastico (art. 3 del Decreto Interministeriale del 24/04/2013, modificato dall'art. 42 bis del Decreto Legge n.69/2013, convertito dalla Legge n. 98/2013 e s.m.).

Istituto: Liceo Classico statale Cornelio Tacito C.F. 80226930586

Studente..... Nata/o 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 E.C.G. eseguito in data ....., non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva non agonistica in ambito scolastico.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

Data.....

Dott. (timbro e firma del medico certificatore)