



MINISTERO dell'ISTRUZIONE
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
CENTRO SERVIZI AMMINISTRATIVI – UFFICIO VI AMBITO TERRITORIALE DI ROMA
LICEO CLASSICO E LINGUISTICO STATALE
ARISTOFANE

Via Monte Resegone,3 - 00139 Roma
☎ 06121125005 ✉ rmpc200004@istruzione.it
Cod. Scuola RMPC200004 – C.f. 80228210581
Distretto XII - 3° Municipio – Ambito Territoriale IX
rmpc200004@pec.istruzione.it- U.R.L. www.liceoaristofane.edu.it

MODULO DI RICHIESTA DEL CERTIFICATO MEDICO GRATUITO IN AMBITO SCOLASTICO

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 s.m.

Il Dirigente Scolastico nella sua qualità di legale rappresentante del LICEO CLASSICO E LINGUISTICO ARISTOFANE chiede che l'alunno/a.....

nato il..... frequentante la classe.....

venga sottoposto al controllo sanitario di cui ai citati decreti e leggi per la pratica, nell'ambito scolastico, di attività sportive non agonistiche relative a:

1) [] **ATTIVITA' PARASCOLASTICHE:** intese come attività fisico sportive inserite nel P.T.O.F. svolte in orario extracurricolare, con la partecipazione attiva dell'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.

2) [] **CAMPIONATI STUDENTESCHI:** dalle fasi di istituto fino alle fasi regionali comprese.

Il Dirigente scolastico

Raffaella Giustizieri

(Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ex art. 3, co. 2, D.Lgs. n. 39/1993)

Studente

Nata/o ail,.....

Il soggetto 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.....

Firma Medico