



MINISTERO dell'ISTRUZIONE e del MERITO  
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 TEL 06121125005-00139 Roma  
Cod. Scuola RMPC200004 C.f. 80228210581 Distretto XII - III Municipio - Ambito Territoriale IX  
[rmpc200004@istruzione.it](mailto:rmpc200004@istruzione.it) [rmpc200004@pec.istruzione.it](mailto:rmpc200004@pec.istruzione.it) [www.liceoaristofane.gov.it](http://www.liceoaristofane.gov.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.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 a .....il .....,.....

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