



Ministero dell'istruzione e del merito

TITUTO OMNICOMPENSIVO R. LAPORTA

05015 Fabro(TR) Piazzale F. Parri,3 Tel. 0763/832044-839175
Cod. Mecc. TRIC815008 – E- Mail tric815008@istruzione.it C.F. 90009750556
E Mail cert. tric815008@pec.istruzione.it
Sito web: www.istfabro.edu.it



Funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union



MODULO DI RICHIESTA DEL CERTIFICATO MEDICO GRATUITO IN AMBITO SCOLASTICO

Allegato G

MINISTERO DELL' ISTRUZIONE E DEL MERITO

Ai sensi de decreto 24 aprile 2012 e s.m.i. e ACN 29 luglio 2009

La sottoscritta **CINZIA MEATTA** nella sua qualità di legale rappresentante della Scuola/Istituto **ISTITUTO**

OMNICOMPENSIVO R.LAPORTA – FABRO chiede che
l'alunno.....

nato il.....a..... frequentante la classe..... della
scuola.....di.....

venga sottoposto al controllo sanitario di cui ai citati D.M. e D.P.R. per la pratica,
nell'ambitoscolastico, 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: nelle fasi successive alle selezioni di Istituto (barrare la
casella che interessa)

Data.....

La Dirigente Scolastica

Dott.ssa Cinzia MEATTA

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai
sensi dell'art. 3, comma 2 del D.lgs 39/1993.



Ministero dell'istruzione e del merito

TITUTO OMNICOMPENSIVO R. LAPORTA

05015 Fabro(TR) Piazzale F. Parri,3 Tel. 0763/832044-839175
 Cod. Mecc. TRIC815008 – E- Mail tric815008@istruzione.it C.F. 90009750556
 E Mail cert. tric815008@pec.istruzione.it
 Sito web: www.istfabro.edu.it



Funded by the
 Erasmus+ Programme
 of the European Union



=====

Allegato F

MINISTERO DELL' ISTRUZIONE E DEL MERITO

Modulo rilascio certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva di tipo non agonistico in ambito scolastico (D.M. 24 Aprile 2013 e s.m.i. all. H)

Istituto : **ISTITUTO OMNICOMPENSIVO R.LAPORTA – FABRO**

Studente

Nata/o ail,

residente a.....

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, dei valori di pressione arteriosarilevati, 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.

luogo, data,

Dott.