**MODULO DA PRESENTARE AL MEDICO CURANTE**

MIUR – USR PER IL LAZIO

RICHIESTA DI CERTIFICATO DI STATO DI BUONA SALUTE

( D.M. 28/02/1983 )

Il Dirigente Scolastico dell’ Istituto Tecnico Statale Tecnologico – Liceo Scientifico Scienze Applicate

*Luigi Trafelli* - RMTF19000X - Via S. Barbara 53, PRESO ATTO che lo studente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ svolgerà attività fisico sportiva non agonistica e/o parteciperà ai Giochi studenteschi, nelle fasi precedenti a quelle nazionali, nell’ambito di attività parascolastiche organizzate da codesto organo scolastico e, per tale motivo,

CHIEDE

al medico curante, il rilascio di un certificato di stato di buona salute di cui all’art. 2 del Decreto Ministeriale 28 Febbraio 1983, per la pratica sportiva non agonistica.

Nettuno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

***Prof.ssa Alessandra Savarese***

*Firma autografa sostituita a mezzo stampa*

*ai sensi e per gli effetti dell’art. 3, c. 2 D.Lgs n. 39/93*

**Parte riservata al medico curante**

Allegato 1 REGIONE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ U.S.L.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CERTIFICATO DI STATO DI BUONA SALUTE

Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N° iscrizione al S.S.N.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata risulta in stato di buona salute e non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportive non agonistiche.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_li\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Medico(timbro e firma) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_