



Ministero dell'istruzione, dell'Università e della Ricerca
Liceo Classico Statale **Paolo Sarpi**

Piazza Rosate, 4 24129 Bergamo tel. 035 237476 Fax 035 223594
email: bgpc02000c@istruzione.it pec: bgpc02000c@pec.istruzione.it
www.liceosarpi.bg.it



Al medico dell'alunno/a _____ nato/a a _____
il _____ e residente a _____ in Via/P.zza _____

Oggetto: Richiesta certificazione medica ai sensi del Decreto del Ministro della Salute 08/08/2014 "Linee Guida in indirizzo in materia di certificati medici per l'attività sportiva non agonistica".

Ai sensi e per gli effetti dell'art.42-bis del D.L. 21/06/2013, n.69, convertito dalla L. 09/08/2013, n. 98 e s.m., si richiede che l'alunno/a venga sottoposto al controllo sanitario di cui alla citata normativa per il rilascio – per uso scolastico – del certificato di idoneità all'attività sportiva di tipo non agonistica.
Si precisa che il certificato IN ORIGINALE sarà acquisito agli atti dell'Istituzione Scolastica e non sarà riprodotto in alcuna forma né utilizzato per scopi diversi da quello scolastico.

Ai sensi della nota della D.G. Salute di Regione Lombardia del 6 febbraio 2014, si ricorda che gli alunni già in possesso di certificato per attività agonistica, qualunque sia lo sport praticato (visite da A1 a B5) non devono richiedere una seconda certificazione per l'attività sportiva non agonistica, ma è sufficiente che la scuola abbia la copia del certificato per l'attività agonistica.

F.to Il Dirigente Scolastico
Antonio Signori

Firma autografa sostituita da indicazione a mezzo
stampa, ai sensi dell'art. 3, comma 2, D.L.gs. n. 39/93

Regione Lombardia

A.S.L. della Provincia di Bergamo

Dott. _____ (Medico/Pediatra)

CERTIFICATO DI IDONEITA' ALLA PRATICA DI ATTIVITA' SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO
(All. C Decr. Interm. 24/04/2013)

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____ residente _____

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, dei valori di pressione arteriosa rilevati, nonché del referto del tracciato ECG eseguito in data _____, non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva non agonistica.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

Data, _____

Il Medico _____