



**Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca**

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI SALÒ  
VIA MONTESSORI, 4 – 25087 SALÒ (BS) C.F. 96034960177  
tel. 0365 41700 fax 0365 521296  
posta elettronica: [bsic8ac00b@istruzione.it](mailto:bsic8ac00b@istruzione.it)  
posta elettronica certificata: [bsic8ac00b@pec.istruzione.it](mailto:bsic8ac00b@pec.istruzione.it)  
sito internet: [www.icsalo.gov.it](http://www.icsalo.gov.it)

Prot. n. \_\_\_\_/\_\_\_\_

Salò \_\_\_\_\_

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 di 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 prot. H1.2014.0005182 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.

La dirigente scolastica  
Monica Faggionato

\_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**Regione Lombardia**

**A.S.L.** \_\_\_\_\_

Dott. : \_\_\_\_\_ (Medico/Pediatra)

**CERTIFICATO DI IDONEITÀ ALLA PRATICA DI ATTIVITÀ SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO**  
(All. C Decr. Interm. 24/04/2013)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

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.

Luogo e data, \_\_\_\_\_

Il Medico  
timbro e firma