



Istituto Comprensivo "G. Romanino"

Via Ripa, 2 – 25040 Bienna BS

Tel. 0364/40062 – Fax 0364/306719

e-mail: bsic83700x@istruzione.it Posta certificata: bsic83700x@pec.istruzione.it

Codice mecc. BSIC83700X - C.F. 90011950178 - CODICE UNIVOCO: UFFYSW

SITO WEB: www.icbienna.edu.it

Prot. n. 3 2 3 6 – I V . 9

Bienna, 28 Settembre 2019

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 del 6 febbraio 2014, si ricorda che gli alunni già in possesso di certificato per attività sportiva 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.

Ai sensi della nota reg. Lombardia N. H1.2015.0009787 del 26/03/2015, il certificato per gli alunni che svolgono attività fisico-sportive organizzate dagli organi scolastici nell'ambito delle attività parascolastiche, è erogato **senza alcun onere da parte dell'assistito**. Riguardo all'ECG, il medico compilerà una richiesta su ricettario del SSN (ricetta rossa) indicando l'esenzione I01 (Imola zero uno) e riportando come quesito diagnostico/motivazione della richiesta: "Per certificazione non agonistica richiesta dalla scuola". Si sottolinea che non è necessario eseguire l'ECG ad ogni rinnovo annuale del certificato. Sarà sufficiente che il medico certificatore prenda visione del referto dell'ECG già eseguito, sia per la certificazione sportiva sia per qualsiasi altro motivo, e riporti la data dell'effettuazione sul certificato stesso.

La Dirigente Scolastica
Loredana Dr.ssa Rizza

Regione Lombardia

A.S.L. della Provincia di Brescia

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 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
(timbro e firma)