**MODULO DI RICHIESTA DEL CERTIFICATO MEDICO GRATUITO IN AMBITO SCOLASTICO PER L’ATTIVITA’ SPORTIVA NON AGONISTICA**

**(D.M. 24 Aprile 2013 e s.m.i. e ACN pediatria 15 Dicembre 2005 e s.m.i.)**

Il Dirigente Scolastico, nella sua qualità di legale rappresentante dell’Istituto,

**chiede per**

l’alunno/a…………………………………………………………………… nato/a ………………………………… il …………………………,

a ………………………………… frequentante la classe ……... sez. ……….. Sec. di I° grado I.C. Macerata Campania

Plesso “Pascoli”

**il rilascio del certificato medico per l’attività sportiva non agonistica, come previsto dal Decreto del Ministero della Salute del 24 aprile 2013 e successive modifiche, dal Decreto del Ministero della Salute dell’8 agosto 2014, ( Linee-Guida di indirizzo in materia di certificati medici per l’attività sportiva non agonistica), e dall’Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri del 15/12/2005, per la pratica di attività sportive non agonistiche relative a :**

* CAMPIONATI STUDENTESCHI comprese le fasi di istituto, comunali e provinciali
* ATTIVITA’ PARASCOLASTICHE intese come attività fisico-sportive inserite nel P.T.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 MIM o da Enti pubblici e privati e organizzate nell’ambito del Centri Sportivi Scolastici dalle fasi di istituto fino alle fasi provinciali comprese.

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

***Prof. ssa Carmela Mascolo***

Firma autografata sostituita a mezzo stampa

***ai sensi dell’art. 3, comma 2, del D. L.vo 39/193***