



ISTITUTO COMPRENSIVO "PIETRO VANNUCCI"

SCUOLA DELL'INFANZIA - SCUOLA PRIMARIA - SCUOLA SECONDARIA DI I GRADO

INDIRIZZO MUSICALE

06062 Città della Pieve (PG) – Via Marconi

Tel. – Fax 0578/298018 0578/298114

E-mail: pgic82100x@istruzione.it

94091440548 – Cod. Mecc. PGIC82100X

Sito Web: www.icvannucci.gov.it

PEC: pgic82100x@pec.istruzione.it

Prot. n. 455/2019

Città della Pieve, 29/01/2019

Al Medico dell'Alunno/a.....
nato/a.....il.....e residente in.....

Oggetto: Richiesta certificazione medica ai sensi del D.M. 28/02/1983.

L'Alunno di cui sopra intende prendere parte all'attività fisico-sportiva organizzata da questa Scuola (**barrare le voci che interessano**):

- ATTIVITA' FISICO-SPORTIVE ORGANIZZATE DAGLI ORGANI SCOLASTICI NELL'AMBITO DELLE ATTIVITA' PARASCOLASTICHE
- GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI – FASI PROVINCIALI E REGIONALI
- MANIFESTAZIONI SPORTIVE INSERITE NEL P.O.F.

Al fine di consentirgli/le detta pratica sportiva si ha la necessità di acquisire la certificazione medica attestante il suo stato di buona salute. Si chiede, pertanto, che l'alunno/a venga sottoposto/a a visita medica gratuita, che, ai sensi del D.M. 28/02/1982 – art. 2 – 1° comma, deve avvenire preventivamente alla pratica di detta attività.

Nell'intento di agevolare il lavoro della S.V. si ritiene utile riportare, di seguito, il modello utilizzabile per la certificazione in parola.



Il Dirigente Scolastico
(MARIA CALIGURI)

Regione Umbria

USL_____

Distretto_____

CERTIFICATO DI STATO DI BUONA SALUTE

Cognome..... Nome..... Nato/a.....

il..... residente.....

n° iscrizione al S.S.N. / C.F.

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 di rilascio.

IL MEDICO

.....
luogo e data

.....
timbro e firma