



**MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO**  
**UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO**  
**Liceo Scientifico Morgagni**

Via Fonteiana,125 - 00152 Roma ☎ 06/121123785  
[RMPS24000N@istruzione.it](mailto:RMPS24000N@istruzione.it) [RMPS24000N@pec.istruzione.it](mailto:RMPS24000N@pec.istruzione.it)  
 Sito Internet: [www.liceomorgagni.edu.it](http://www.liceomorgagni.edu.it)

**MODULO DI RICHIESTA DEL CERTIFICATO MEDICO IN AMBITO SCOLASTICO**

Ai sensi dell'art. 3 del Decreto Interministeriale del 24/04/2013, modificato dall'art. 42 bis del Decreto Legge n.69/2013, convertito dalla Legge n. 98/2013 e ss.mm.ii.

La sottoscritta **Patrizia Chelini** in qualità di legale rappresentante della Istituzione scolastica chiede che lo/la studente/ssa..... nato/a il ..... a ..... frequentante la classe ..... sez..... venga sottoposto/a al controllo sanitario per la pratica di **attività sportive non agonistiche**, nel dettaglio:

**ATTIVITA' PARASCOLASTICHE:** intese come attività fisico- sportive inserite nel P.T.O.F. svolte in orario extracurricolare con l'insegnante, finalizzate alla partecipazione a gare, campionati, competizioni tra atleti e/o manifestazioni sportive organizzate dal MI o da Enti pubblici e privati e organizzate nell'ambito dei Centri Sportivi Scolastici e/o **CAMPIONATI STUDENTESCHI** (dalle fasi di istituto fino alle fasi regionali comprese).

Data.....

LA DIRIGENTE SCOLASTICA  
 Patrizia Chelini

(firma autografata a mezzo stampa e per gli effetti DL 39//1993 art. 3, comma 2)

.....

**Modulo rilascio certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva di tipo non agonistico in ambito scolastico (art. 3 del Decreto Interministeriale del 24/04/2013, modificato dall'art. 42 bis del Decreto Legge n.69/2013, convertito dalla Legge n. 98/2013 e ss.mm.ii.)**

**Istituto: Liceo Scientifico Statale Morgagni**

Studente/ssa ..... nato/a il ..... a ..... residente in ..... Lo/a studente/ssa, sulla base della visita medica da me effettuata dei valori di pressione arteriosa rilevati, nonché del referto del tracciato E.C.G. eseguito in data \_\_\_\_\_, non presenta controindicazioni in atto alla pratica di **attività sportiva non agonistica in ambito scolastico**.

Si rilascia gratuitamente su richiesta della Dirigente Scolastica, per gli usi consentiti dalla legge. Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio ed è valido esclusivamente in copia originale e per il solo uso scolastico.

Data.....

Dott. (timbro e firma del medico certificatore)