

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.

Come da nota D.G. Salute di Regione Lombardia n. H1.2015.009787 del 26/03/2015, l'ECG per gli studenti di 1° e 2° grado è erogato **senza alcun onere a carico dell'assistito**. A tal fine il PdLS o MMG 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"

Ai sensi della nota della D.G. Salute di Regione Lombardia n.H1.2014.0005182 del 06/02/2014, 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.

Il Dirigente Scolastico  
Prof. Bruna Baggio

\*\*\*\*\*

Regione Lombardia

A.S.L. di \_\_\_\_\_

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

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

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

nato 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)