**Allegato G**

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

**SCUOLA/ISTITUTO: ………………………………………………………………**

Ai sensi del decreto 24 aprile 2013 e alle note della Regione Veneto prot. n. 37839 del 1 febbraio 2016 e prot. n. 337266 del 7 agosto 2014(Certificati sportivi scolastici \_ esenzione I01)

 Il sottoscritto ................................…......…………………….………… nella sua qualità di legale

rappresentante della Scuola/Istituto……………………………………………………………………………………

chiede che l’alunno………………………………………………………………………………………………………

nato il.......................................... frequentante la classe……………………………………………………………

 venga sottoposto al controllo sanitario di cui ai citati D.M. e D.P.R. per la pratica, nell’ambito scolastico, di

attività sportive non agonistiche relative a :

* **competizioni sportive scolastiche** comprese le fasi d’Istituto (non promozionale), provinciali e regionali.
* **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 dei Centri Sportivi Scolastici dalle fasi di Istituto fino alle fasi regionali comprese.

Data........................................................

 IL DIRIGENTE SCOLASTICO

 (timbro e firma autografa)

...................................................................................