



Al medico curante

RICHIESTA DEL RILASCIO DEL CERTIFICATO DI STATO DI BUONA SALUTE PER LA PRATICA DI ATTIVITÀ SPORTIVA NON AGONISTICA IN AMBITO SCOLASTICO

La sottoscritta Laura M.L. Landonio, nella sua qualità di legale rappresentante dell'Istituto Superiore "Carlo Dell'Acqua" di Legnano (MI) chiede che l'alunno/a..... nato/a il..... frequentante la classe..... venga sottoposto al controllo sanitario di cui al D.M. 8/8/2014, note del Ministero della Salute prot. 4165 del 16/06/2015 e prot. 5479 del 17/06/2015 recanti all'oggetto "nota esplicativa del Decreto del Ministro della salute 8 agosto 2014 per la pratica di attività fisico-sportive non agonistiche organizzate dagli Organi Scolastici nell'ambito delle attività parascolastiche e per la partecipazione ai Giochi Sportivi Studenteschi, relativamente a tutte le fasi che precedono quella Nazionale.

Data.....

La dirigente scolastica

(Laura L.M. Landonio)

firma autografa omessa ai sensi dell'art. 3 del d. lgs. n. 39/1993