

# FUTURA

# LA SCUOLA PER L'ITALIA DI DOMANI



*Ministero dell'Istruzione e del Merito*  
**UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO**  
*Liceo Classico Statale "Pilo Albertelli"*  
**Via Daniele Manin, 72 - 00185 ROMA - Tel. 06121127520**  
**IX Distretto - Cod. Mecc.RMPC17000D - C.F. 80209610585**  
**e-mail: [rmpc17000d@istruzione.it](mailto:rmpc17000d@istruzione.it) pec: [rmpc17000d@pec.istruzione.it](mailto:rmpc17000d@pec.istruzione.it)**

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

### **ISTITUTO: LICEO CLASSICO PILO ALBERTELLI**

Ai sensi de decreto 24 aprile 2013 e s.m.i. e ACN 29 luglio 2009 – allegato H

La Sottoscritta Rosa Palmiero nella sua qualità di legale rappresentante dell'Istituto chiede che l'alunno/a.....

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:

**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 MIUR o da Enti pubblici e privati e organizzate nell'ambito dei Centri Sportivi Scolastici.

Data.....



Il Dirigente Scolastico  
Prof.ssa Rosa Palmiero  
Firma autografa omissa ai sensi  
dell'art. 3 del D.Lgs. n. 39/1993