



Al medico curante

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

Il sottoscritto Emanuele Giordano, 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.....

Il Dirigente scolastico
(Emanuele Giordano)

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