



**MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO**  
**UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO**  
**ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE "VITTORIO VENETO - SALVEMINI"**  
Viale Mazzini, 4 - 04100 Latina  
Cod. Mecc. LTIS027001 Cod. Fisc.91165890590-Tel. (0773) 484391 - 690216 - 661083  
Sito Web: [www.vittoriovenetosalvemini.edu.it](http://www.vittoriovenetosalvemini.edu.it) - e-mail: [LTIS027001@ISTRUZIONE.IT](mailto:LTIS027001@ISTRUZIONE.IT)  
p.e.c.: [LTIS027001@PEC.ISTRUZIONE.IT](mailto:LTIS027001@PEC.ISTRUZIONE.IT)

Circ. n. 297

Prot. n. vedi segnatura

Latina, 06/02/2025

A tutto il personale

dell'I.I.S. Vittorio Veneto Salvemini di Latina

Ai genitori/tutori/affidatari

Agli studenti e alle studentesse

Al DSGA

Atti

**Oggetto: Rilascio certificati medici per l'attività sportiva non agonistica in ambito scolastico**

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Visto il decreto dell'8 agosto 2014 "Approvazione delle linee guida in materia di certificati medici per l'attività sportiva non agonistica" (GU Serie Generale n.243 del 18-10-2014);

Vista la nota del Ministro della Salute del 17.06.2015, recante "Linee guida di indirizzo in materia di certificati medici per l'attività sportiva non agonistica";

Vista la nota del Ministro della Salute del 1.02.2018, che evidenzia l'esistenza di una gerarchia tra le certificazioni;

Vista la nota della Regione Lazio- Direzione Regionale Salute e Integrazione socio-sanitaria - Area promozione della salute e prevenzione (prot. RL 878666 del 14/10/2020, che fornisce chiarimenti riguardo il rilascio dei certificati medici per attività sportive non agonistiche per lo svolgimento di attività fisico-sportive nell'ambito delle attività parascolastiche e per la partecipazione ai campionati studenteschi nelle fasi precedenti a quella nazionale;

Vista la nota del MI USR per il Lazio Direzione Generale Ufficio III - Educazione Motoria Fisica e Sportiva n. 31734 del 26/10/2020;

COMUNICA

ai genitori/tutori/esercitanti la patria potestà degli alunni che praticano attività sportive non agonistiche organizzate dagli Istituti Scolastici che si rende necessaria, per lo svolgimento di tale attività, l'inoltro della certificazione medica, ai sensi del Decreto del Ministro della Salute 08/08/2014.

Le attività sportive non agonistiche sono quelle praticate dai seguenti soggetti:

- a) gli alunni che svolgono attività fisico-sportive organizzate dagli organi scolastici nell'ambito delle attività parascolastiche;
- b) coloro che svolgono attività organizzate dal CONI, da società sportive affiliate alle Federazioni sportive nazionali, alle Discipline associate, agli Enti di promozione sportiva riconosciuti dal CONI, che non siano considerati atleti agonisti ai sensi del decreto ministeriale 18 febbraio 1982;
- c) coloro che partecipano ai Giochi sportivi studenteschi nelle fasi precedenti a quella nazionale.

I certificati per l'attività sportiva non agonistica sono rilasciati dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta, relativamente ai propri assistiti, o dai medici specialisti in medicina dello sport ovvero dai medici della Federazione medico sportiva italiana del Comitato olimpico nazionale italiano. Coloro che praticano tali attività sportive si sottopongono a controllo medico annuale che determina l'idoneità a tale pratica sportiva.

Il certificato medico ha validità annuale con decorrenza dalla data di rilascio; esso viene rilasciato a titolo gratuito dal medico competente, esclusivamente previa presentazione della richiesta firmata del Dirigente Scolastico. Pertanto, va compilata richiesta dei genitori/tutori/esercanti la patria potestà da indirizzare al Dirigente scolastico (All. 1); poi la richiesta a firma del Dirigente scolastico deve essere presentata al medico certificatore (All. 2). Infine, va consegnato alla scuola, su modello del medico che produce la certificazione, il certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva di tipo non agonistico con l'indicazione del luogo, data, timbro e firma del medico certificatore. Tutta la documentazione va correttamente assunta al protocollo della scuola.

L'occasione è gradita per salutare cordialmente.

Il Dirigente Scolastico  
*Prof.ssa Alessandra Morazzano*  
(firma autografa sostituita  
a mezzo stampa art.3 co. 2 D. Lgs.39/93)

Al Dirigente Scolastico

Dell'I.I.S. Vittorio Veneto Salvemini di Latina

**Oggetto: Richiesta certificato medico per attività sportiva non agonistica a. s. 2024/2025**

I sottoscritti \_\_\_\_\_,  
genitori/tutori/esercenti la patria potestà dell'alunno/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (provincia o Stato \_\_\_\_ ) il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_, frequentante la classe  
\_\_\_\_\_sezione \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_ dell'I.I.S. Vittorio Veneto Salvemini di Latina,  
chiedono che il/la proprio/a figlio/a possa partecipare alle attività sportive non agonistiche svolte da  
questo Istituto.

Se già nota l'attività svolta, specificare:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

A tal fine, chiedono che egli/ella venga sottoposto a controllo medico per determinare l'idoneità a tale  
pratica sportiva e ottenere il certificato medico per l'attività sportiva non agonistica.

Latina, \_\_\_\_\_

Firma dei genitori/Tutori/Esercenti la potestà genitoriale

In caso di firma di un solo genitore

Ai sensi dell'art. 155 del codice civile, poiché anche in caso di affidamento congiunto, le decisioni importanti relative all'istruzione sono assunte di comune accordo, si richiede la firma di entrambi i genitori.

Nell'impossibilità di acquisire il consenso scritto di entrambi i genitori il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Genitore/Tutore/Esercente la potestà genitoriale \_\_\_\_\_

Prot. n. \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

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., dell' A.C.N della Pediatria di Famiglia del 29 maggio 2009, art. 44 e allegato H, della Medicina Generale 9 maggio 2009, art. 45, del DM 8 agosto 2014, dei punti a) e c) della Nota Esplicativa del Ministero della Salute n. 4165 del 16/06/2015 si richiede che l'alunno/a venga sottoposto al controllo sanitario di cui alla citata normativa per il rilascio **gratuito** - per uso scolastico - del certificato di idoneità all'attività sportiva di tipo non agonistica, nel dettaglio:

**1) ATTIVITÀ 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.

**2) CAMPIONATI STUDENTESCHI:** dalle fasi di istituto fino alle fasi regionali comprese

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.



Il Dirigente Scolastico

\_\_\_\_\_

**Modulo rilascio certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva di tipo non agonistico in ambito scolastico (art. 3 del Decreto Interministeriale del 24/04/2013, modificato dall'art. 42 bis del Decreto Legge n.69/2013, convertito dalla Legge n. 98/2013 e ss.mm.ii.) I.I.S. Vittorio Veneto Salvemini**

Studente/ssa .....nato/a il .....

a..... residente in .....

Lo/a studente/ssa, sulla base della visita medica da me effettuata dei valori di pressione arteriosa rilevati, nonché del referto del tracciato E.C.G. eseguito in data \_\_\_\_\_, è in stato di buona salute e non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva non agonistica in ambito scolastico.

Si rilascia gratuitamente su richiesta del Dirigente Scolastico, per gli usi consentiti dalla legge.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio ed è valido esclusivamente in copia originale e per il solo uso scolastico.

Data.....

Dott. (timbro e firma del medico certificatore) .....