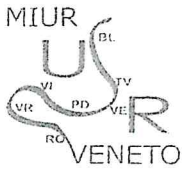


Allegato G



MINISTERO DELL' ISTRUZIONE, DELL' UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA

MODULO DI RICHIESTA DEL CERTIFICATO MEDICO GRATUITO IN AMBITO SCOLASTICO

Istituto Comprensivo MIRANO 2
Via C. Battisti, 107 - 30035 Mirano (VE)
Tel./Fax 041 430085 - 041 4355746
C.F. 90159330274

SCUOLA/ISTITUTO:

Ai sensi del decreto 24 aprile 2013 e alla nota della Regione Veneto prot. 37839 del 1 febbraio 2016

Il sottoscritto Nicolina Tania Ulisse nella sua qualità di legale
rappresentante della Scuola/Istituto..... I.C. Mirano 2 (VE)

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.

Data.....

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Nicolina Tania ULISSE



.....
Nicolina Tania Ulisse