

## Direzione Didattica Statale GE 7 "MADDALENA"

Salita delle Battistine, 16 – 16125 GENOVA

Tel. e Fax n. 010/8392466

@ e-mail: [geee00800a@istruzione.it](mailto:geee00800a@istruzione.it)

### AL MEDICO CURANTE

**Oggetto: Richiesta certificazione di stato di buona salute ad uso esclusivamente scolastico.**

Si Richiede per l'alunno/a..... nato/a..... il.....

iscritto/a alla classe..... della scuola primaria.....

**IL CERTIFICATO DI BUONA SALUTE GRATUITO** ad uso scolastico per il seguente motivo:

*Partecipazione all'attività " .....*

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
(Dott.ssa Michela Casareto)

Genova, .....

---

### CERTIFICATO DI STATO DI BUONA SALUTE AD USO ESCLUSIVO SCOLASTICO

Ai sensi del DMS 28/02/83 e DPR 272 del 28/07/2000

Vista la richiesta effettuata e sottoscritta dall'Autorità scolastica in data .....

SI CERTIFICA CHE ..... nato/a ..... il .....

sulla base della visita da me effettuata, risulta in stato di buona salute e non presenta controindicazioni alla pratica di attività non agonistiche.

Il presente certificato ha validità di un anno dalla data del rilascio.

IL MEDICO

Timbro e firma .....

Genova,.....