

**RICHIESTA DI RILASCIO DEL CERTIFICATO DI IDONEITA' ALLA PRATICA DI
ATTIVITA'
SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO IN AMBITO SCOLASTICO
(D.M. 24/04/2013 - Linee-Guida di indirizzo in materia di certificati medici per
l'attività sportiva non agonistica; Nota esplicativa del 17 giugno 2015; Nota
integrativa del 28 ottobre 2015 - E SUCCESSIVE MODIFICHE)**

SCUOLA/ ISTITUTO: ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "R.PIRIA" – SCILLA (RC)

Il sottoscritto PANZERA DANIELA ANTONIA nella sua qualità di legale rappresentante della Scuola/Istituto

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "R.PIRIA" – SCILLA (RC)

chiede che l'alunno/a nato a
Cognome e Nome

il..... frequentante la classe..... venga sottoposto

al controllo sanitario di cui al D.M. 24 aprile 2013 e successive modifiche per la pratica di attività sportive non agonistiche relative ai progetti sportivi inseriti nel POF d'Istituto. Ai sensi del DCPM 28 novembre 2003.

Il certificato di idoneità sportiva di tipo non agonistica deve essere rilasciato sul modello previsto dal DM 08/08/2014 all. 2 e ha validità un anno da quando è rilasciato.

Data

Timbro SCUOLA / ISTITUTO

Il Dirigente Scolastico

Il modello deve essere presentato al medico certificatore compilato in ogni sua parte.

Certificato di idoneità alla pratica sportiva di tipo NON agonistico

Il soggetto,, sulla base della visita medica da me effettuata, dei

Valori di pressione arteriosa rilevati, nonché del referto del tracciato ECG eseguito in data _____

non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva non agonistica. Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

Luogo Data

Timbro FIRMA del medico Certificatore