Modulo per la richiesta di certificazione per attività sportiva non agonistica in ambito extrascolastico.

Io sottoscritta D.S. Virginia Antonella Croce, in qualità di rappresentante dell'Istituto Comprensivo **"G. Falcone"** - Roma, dichiaro che

l'alunno/a…….

nato/a …… il ……

- svolgerà attività fisico-sportiva non agonistica, nell'ambito di attività parascolastiche, in orario extracurricolare organizzate da questo Istituto con la partecipazione attiva dell'insegnante;
- parteciperà ai "Giochi Sportivi Studenteschi e/o ai "Campionati Studenteschi" nelle fasi precedenti quelle nazionali;

e per tale motivo chiedo al medico curante dell'alunno/a suindicato/a, secondo quanto previsto dall'art. 1 del D.M. 28.02.1983 – D.M. 24.04.2013 e s.m.i., il rilascio di un certificato di stato di buona salute per la pratica di tali attività sportive non agonistiche in ambito scolastico.

Data …….

F.to IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(Dr.ssa Virginia Antonella Croce)
Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3, comma 2, del D. L.vo 39/1993

CERTIFICO CHE

Cognome …… Nome …….

nato/a a …… il …….

residente a …… via …….

in base alla visita medica da me effettuata, dei valori di pressione arteriosa rilevati nonché del referto del tracciato ECG eseguito in data……, risulta in stato di buona salute e non presenta controindicazioni alla pratica di attività sportiva non agonistica.

Si rilascia gratuitamente, ai sensi dell'art. 44 dell'ACN PLS, su richiesta del Capo d'Istituto, per gli usi consentiti dalla legge (D. M. 28.02.1983).

IL PRESENTE CERTIFICATO HA VALIDITA' ANNUALE DALLA DATA DEL RILASCIO ED E' VALIDO ESCLUSIVAMENTE IN COPIA ORIGINALE E PER IL SOLO USO SCOLASTICO.

Data ……

Firma e timbro del medico curante

……