

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

In qualità di rappresentante dell'Istituto Comprensivo "Alberto Sordi" di Roma, dichiaro che l'alunno/a _____

nato/a a _____ il _____

svolgerà attività fisico – sportiva non agonistica e/o parteciperà ai Campionati Sportivi Studenteschi e/o Tornei di Rete nelle fasi precedenti quelle nazionali, nell'ambito di attività parascolastiche organizzate da questo Istituto 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 – L. R. 15/12/1994 n. 94, ai sensi dell'art. 42 bis del D.L. n. 69 del 2012, convertito dalla Legge n. 98 del 2013 e successive modifiche – il rilascio di un certificato di idoneità per la pratica di attività sportive non agonistiche in ambito scolastico.

Data



ISTITUTO COMPRENSIVO "ALBERTO SORDI"
Scuola secondaria I grado indirizzo musicale - Sede di segreteria
Piazza G. Gola, 64 - 00156 ROMA tel. 06/86891674
Scuola primaria e dell'infanzia Piazza G. Gola 61, tel. 06/86890749
Scuola dell'infanzia - sede centrale - Via G. Zamardini, 103, tel. 06/8293988
tel. Segreteria assistenziale 06/86890749 pec: istruzione.it - www.italbertosordi.edu.it
tel. 06/8293988 - C.M. RMIC8EN004 - CODICE UNIVOCO EFFICIO 1170017

F.to Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Stefania Aureli

CERTIFICATO DI IDONEITA' **ALLA PRATICA DI ATTIVITA' SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO** *(conforme all'allegato 2 del Decreto 8 agosto 2014 Ministero della Salute)*

Il sig./ra

nato/a a il

residente a

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 di rilascio.

Data

Firma e timbro del medico certificatore