



Regione Siciliana

ISTITUTO COMPRESIVO: INFANZIA - PRIMARIA - SECONDARIA I GRADO

“A. MANZONI”

Alessandria d. R. – Bivona – Cianciana – San Biagio P. – Santo Stefano Q.

RICHIESTA DI RILASCIO DEL CERTIFICATO DI IDONEITA' ALLA PRATICA DI
ATTIVITA' SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO IN AMBITO SCOLASTICO
(D.M.24/04/2013 E SUCCESSIVE MODIFICHE)

CON LA PRESENTE LA SOTTOSCRITTA PROF.SSA ROSARIA PROVENZANO, DIRIGENTE SCOLASTICO DELL' ISTITUTO COMPRESIVO STATALE “A. MANZONI” DI ALESSANDRIA DELLA ROCCA

CHIEDE

CHE L' ALUNNO/A _____ NATO/A _____
IL _____ FREQUENTANTE LA CLASSE _____ DELLA SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO DI _____
VENGA SOTTOPOSTO/A AL CONTROLLO SANITARIO DI CUI AL DM 24-04-2013
E SUCCESSIVE MODIFICHE PER LA PRATICA DI ATTIVITÀ SPORTIVE NON AGONISTICHE RELATIVI AI PROGETTI
SPORTIVI INSERITI NEL PTOF D' ISTITUTO.

IL CERTIFICATO DI IDONEITÀ SPORTIVA DI TIPO **NON AGONISTICA** DEVE ESSERE RILASCIATO SUL MODELLO
PREVISTO DAL D.M.08/08/2014, ALL. 2, HA VALIDITÀ UN ANNO DALLA DATA DI RILASCIO **ED È GRATUITO
AI SENSI DELL'DM DEL MEF DEL 17 MARZO 2008 (EX DCPM 28-1 1-2003). CODICE ESENZIONE TOTALE
IO1**

DATA _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

prof. Rosaria Provenzano
firmato ai sensi del Codice dell'Amministrazione
Digitale e norme ad esso connesse

ALLEGATO 2

CERTIFICATO DI IDONEITA' ALLA PRATICA SPORTIVA DI TIPO **NON AGONISTICA**

IL SOGGETTO, _____, SULLA BASE DELLA VISITA MEDICA DA ME
EFFETTUATA, DEI VALORI DELLA PRESSIONE ARTERIOSA RILEVATI, NONCHÉ DEL REFERTO DEL TRACCIATO
DELL'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.

LUOGO _____ DATA _____

TIMBRO

FIRMA DEL MEDICO CERTIFICATORE