

RICHIESTA DI CERTIFICAZIONE PER LA PRATICA DELL'ATTIVITA' SPORTIVA "PARASCOLASTICA"

AD USO ESCLUSIVO SCOLASTICO

Ai sensi del D.L. 69/2013, legge di conversione 98/2013,

Il sottoscritto Dirigente Scolastico dell'I.T.T.S. "E. Divini" di San Severino Marche invia ai genitori la richiesta di certificazione medica ad uso esclusivamente scolastico che il medico di base compilerà gratuitamente.

Questo, con validità annuale, permetterà ai ragazzi di partecipare a tutte le attività sportive "parascolastiche" organizzate dalla scuola, tra cui tornei interni, fasi d'Istituto, Fasi Provinciali e Regionali dei Campionati Sportivi Studenteschi e manifestazioni sportive in genere.



Il Dirigente scolastico
Prof. Sandro Luciani

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi
dell'art.3 del D.lgs 39/1993

Certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva di tipo non agonistico

d.m. del 24 Aprile 2013

CERTIFICO CHE

COGNOME _____, NOME _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ Via _____

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

Si rilascia gratuitamente, su richiesta del Capo d'Istituto, per gli usi consentiti dalla legge D.L. 69/12013 e Legge di conversione 98/2013.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data di rilascio.

_____ lì _____

(timbro e firma del medico certificatore)