



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO

Scuola Capofila Ambito Territoriale 08

Istituto di Istruzione Superiore

"LUIGI EINAUDI"

Istituto Tecnico e Professionale di Stato

Sede Principale Via di S. Maria alle Fornaci, 1-00165 ROMA - ☎ 06/121128585/86

Succursale Via G. del Vecchio, 42 -00166 ROMA - ☎ 06/121128065

Succursale Via F. Borromeo, 67 - 00168 ROMA - ☎ 06/121124885

C.F. 97889120586 - Cod. Mecc. RMIS118006 - Cod. Univoco UFZ45T

✉ rmis118006@istruzione.it - rmis118006@pec.istruzione.it - WEB: www.luigieinaudiroma.edu.it

RICHIESTA DI CERTIFICATO DI IDONEITA' SPORTIVA NON AGONISTICA AD USO SCOLASTICO

legge 9 agosto 2013 n.98- conversione del Decreto legge 69/2013- Linee Guida del Ministero della salute 8 agosto 2014

La sottoscritta Prof.ssa Santaniello Anna Dirigente Scolastico dell'Istituto L. Einaudi

CHIEDE

il rilascio del certificato medico sportivo non agonistico per le attività sportive parascolastiche previste all'interno del PTOF (piano triennale dell'offerta formativa) ad esclusivo uso scolastico per

l'alunno/a..... classe sezione..... nato/a

a..... il/...../..... residente a

Via.....

A) L'alunno/a prenderà parte ad ATTIVITA' PARASCOLASTICHE intese come attività fisico sportive svolte in orario curricolare o extracurricolare e inserite nel PTOF, con la partecipazione attiva dell'insegnante, finalizzate alla partecipazione a gare o campionati, manifestazioni sportive organizzate nell'ambito dei CSS, anche nelle fasi di istituto, caratterizzati da competizioni tra atleti.

B) L'alunno/a prenderà parte ad attività parascolastiche finalizzate alla partecipazione a gare dei CAMPIONATI STUDENTESCHI nelle fasi precedenti la fase nazionale.

C) L'alunno/a parteciperà a: Manifestazioni sportive organizzate da Enti pubblici o privati, viaggi d'istruzione e progetti sportivi.

Data,



DIRIGENTE SCOLASTICA

Prof.ssa Santaniello Anna

Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3, c. 2, D. Lgs. n. 39/1993

Certificato di idoneità alla pratica sportiva di tipo NON agonistico in ambito scolastico (art.3 del decreto Interministeriale del 24/04/2013, modificato dall'art. 42 bis del D.L. n.69/2013, convertito dalla Legge n. 98/2013 e s.m. e del D.M. 8 agosto 2014).

Il soggetto,, nato/a a..... il/...../..... residente a

Via..... 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 e Firma del medico Certificatore