

**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)**

**ISTITUTO COMPrensIVO DI CHIUDUNO**

La sottoscritta VIRGINIA GINESI, nella sua qualità di legale rappresentante dell'ISTITUTO COMPrensIVO DI CHIUDUNO:

**chiede**

che l'alunno/a .....

Nato/a a ..... il .....

frequentante la classe ..... della scuola secondaria di 1^ grado di .....

venga sottoposto al controllo sanitario di cui al D.M. 24 aprile 2013 e successive modifiche per la pratica di attività sportive non agonistiche relative ai progetti sportivi inseriti nel POF d'Istituto, ai sensi del DCPM 28 novembre 2003.

Il certificato di idoneità sportiva di tipo non agonistica deve essere rilasciato gratuitamente sul modello previsto dal DM 08/08/2014 all. 2 e ha validità un anno da quando è rilasciato.

Data .....



Il Dirigente Scolastico  
Enrico Tombini  
(Firma autografa sostituita a mezzo stampa  
ai sensi dell'art. 3 del D.Lgs. n.39/1993)

Il modello deve essere presentato al medico certificatore compilato in ogni sua parte.

**Certificato di idoneità alla pratica sportiva di tipo NON agonistico**

L'alunno/a ....., 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

FIRMA del medico Certificatore