

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)

IST. ISTR. SUP. "MARIO RIGONI STERN"

24125 BERGAMO

Tel. 035/220213 Fax 035/220410

SCUOLA / ISTITUTO : .....

Il sottoscritto PROF. CARMELO SCAFFIDI ..... nella sua qualità di legale rappresentante della Scuola/Istituto DI ISTRUZIONE SUPERIORE "MARIO RIGONI STERN" chiede che l'alunno ..... nato a .....  
Cognome e Nome

il..... frequentante la classe ..... 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 sul modello previsto dal DM 08/08/2014 all. 2 e ha validità un anno da quando è rilasciato.

Data .....

Timbro SCUOLA / ISTITUTO



IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
(Il Dirigente Scolastico  
Prof. Carmelo Scaffidi)

Carmelo Scaffidi

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

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

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 del rilascio.

Luogo ..... Data .....

Timbro

FIRMA del medico Certificatore

\_\_\_\_\_