

Gent.mo/a,

Dott.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

oggetto: **Richiesta di Certificato di buona salute per la pratica di Attività Sportiva non agonistica (art. 3 D.M. 24/04/2013 comma 1.a)**

Il/la sottoscritto/a Francesca Lippa nella sua qualità di legale rappresentante dell'IC "CARLO STRADI" di MARANELLO chiede che l'alunno/a

Alunno/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente in: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 agonistico deve essere rilasciato sul modello previsto dal DM 08/08/2014 all. 2 e ha validità un anno da quando è rilasciato.

**Si precisa che il certificato IN ORIGINALE sarà acquisito agli atti dell'Istituzione Scolastica e non sarà riprodotto in alcuna forma nè utilizzato per scopi diversi da quello scolastico.**

MARANELLO,

|  |
| --- |
| IL DIRIGENTE SCOLASTICO  Francesca Lippa  Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell’art. 3 c. 2 del D.Lgs. n. 39/1993 e 47 del D.Lgs.82/2005 |

(riservato al medico curante/pediatra)

Il soggetto sulla base della visita da me effettuata, dei valori di pressione arteriosa rilevati, nonché dal 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