ANNO SCOLASTICO _____/_____

Il Dirigente Scolastico della Scuola, Dott. Giuseppe Finocchiaro, dichiara che l'alunno/a _____ nata/o _____ il _____, iscritto regolarmente presso questa Istituzione Scolastica per il corrente anno scolastico svolgerà attività fisico sportiva non agonistica extracurriculare e/o parteciperà alla fase provinciale o regionale dei "Campionati Studenteschi, nell'ambito di attività parascolastiche organizzate da questo Istituto nonché organizzate dall'Ufficio Scolastico Provinciale e/o Regionale, si chiede per tale motivo al medico curante, secondo quanto previsto *dall'art.1 del D.M. 28.02.1983 e conseguente D.M. 18.10.2014*, il rilascio di un certificato di idoneità all'attività sportiva non agonistica.

Catania lì, ……

Il Dirigente Scolastico
Prof. Giuseppe Finocchiaro
Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3, comma 2 D.lg. n.39/1993

CERTIFICATO DI IDONEITÁ ALLA PRATICA DI ATTIVITÁ SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO

Sig.ra/Sig. _____

nata/o a _____ il _____

residente a _____ prov. _____

via _____

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 ed è in atto esente da malattie infettive contagiose e cutanee.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

..... lì, ……

Il Medico
(timbro e firma)