

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "EMILIA PISCHEDDA"
Scuola Infanzia, Primaria e Scuola Secondaria di 1° grado
Via Verdi n. 18 - 08042 BARI SARDO (OG)
+39.0782.27.0041 +39.0782.29.557
C.F. 91005680912 – Cod. Mecc. NUIC86200C C.U.: UFYLSG
Email: nuic86200c@istruzione.it – Pec: nuic86200c@pec.istruzione.it

**RICHIESTA DI RILASCIO DEL CERTIFICATO DI IDONEITA' ALLA PRATICA
DI ATTIVITA' SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO IN AMBITO SCOLASTICO AA.SS. 2016/2017
(D.M. 24/04/2013 E SUCCESSIVE MODIFICHE)**

La sottoscritta Dott.ssa Antonella Trabalza nella sua qualità di Dirigente e legale rappresentante dell'Istituto Comprensivo Statale "Emilia Pischedda"

chiede

che l'alunno/a _____ nato a _____ il _____ frequentante la classe _____
(Cognome e Nome)

venga sottoposto al controllo sanitario di cui al D.M. 24 aprile 2013 e successive modifiche per **l'eventuale** pratica di attività sportive non agonistiche relative ai progetti di attività motoria e sportiva inseriti nel POF d'Istituto (particolarmente **Progetto di avviamento alla pratica sportiva e partecipazione ai Giochi Sportivi Studenteschi (corsa campestre)** dalla fase di classe e di Istituto fino alla potenziale fase Regionale compresa). 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, dalla data di rilascio.

Data _____

Timbro SCUOLA / ISTITUTO

Il Dirigente Scolastico

Dott.ssa Antonella Trabalza

(Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3, comma 2 D.L. 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

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.

Si rilascia gratuitamente, ai sensi dell'art. 29 dell'ACN, su richiesta del Dirigente Scolastico, per gli usi consentiti dalla legge (D.M. 28/02/83)

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

Luogo _____ Data _____

Timbro

Firma del medico certificatore