

**Ministero dell’istruzione, dell’università e della ricerca**

Istituto Comprensivo Via Aldo Moro Buccinasco

Via Tiziano, 9 – 20090 Buccinasco (Milano)

tel. 0248842132 - 0245712964 – fax 0245703332

e-mail: miic8ef00b@istruzione.it – icsaldomoro@gmail.com

pec: miic8ef00b@pec.istruzione.it

**RICHIESTA DI CERTIFICATO DI IDONEITA’**

**SPORTIVA NON AGONISTICA**

 **AD USO SCOLASTICO SECONDO LA NORMATIVA VIGENTE**

LEGGE 9 AGOSTO 2013 N. 98 – CONVERSIONE DEL Decreto Legge 69/2013

Si richiede per l’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Abitante a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il certificato di stato di buona salute di cui all’art. 2 deI D.M. 22/02/1983 per la pratica di attività sportive non agonistiche.

Tale certificato sarà valido soltanto per Giochi Sportivi Scolastici (ex giochi della Gioventù).

Buccinasco, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Il Dirigente Scolastico

 Dott.ssa Antonella Lacapra

 (*Firma autografa omessa ai sensi*

 *dell’art. 3, c.2, del D Lgs:39/1993)*

**CERTIFICATO MEDICO**

Cognome e nome ..................................................................................................................................................

Nata/o a ..............................................................................................................il …………………….........................

residente a............................................................. in 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.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

Data…………………………………..

 timbro e firma del medico certificatore

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_