

**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-

Il sottoscritto **Antonella Toma**

Dirigente Scolastico **dell'Istituto Comprensivo "F.lli Mercantini" di Fossombrone**

**CHIEDE**

il rilascio del certificato medico sportivo non agonistico per le attività sportive extracurricolari previste all'interno del P.O.F., per i Campionati Studenteschi, ad esclusivo uso scolastico,

per l'alunno/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

**per le seguenti discipline sportive:**

**NUOTO, CAMPESTRE, ATLETICA SU PISTA,BOWLING,TENNIS TAVOLO, CALCIO A 5,**

**VOILLEY S**

Data, \_\_\_\_\_

Il Dirigente Scolastico

Prof.ssa Antonella Toma

firma autografa sostituita a mezzo stampa, ai sensi dell'art. 3, comma 2 del d.lgs n. 39/1993

**CERTIFICO CHE**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

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

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

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 sportiva non agonistica.

Si rilascia gratuitamente, su richiesta del Dirigente Scolastico, per gli usi consentiti dalla legge. Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

Data \_\_\_\_\_

Firma e timbro del medico