******

***Oggetto: Richiesta di certificazione per attività sportiva non agonistica in ambito scolastico***

*IL DIRIGENTE SCOLASTICO*

*dichiara che ………………………………………………………………………………………………………………………..……………………*

*nat…. a …………………………………………………………………..…………………. il ………………………………………………………...*

*iscritt…. a frequentare le lezioni presso questa Scuola svolgerà attività fisico-sportiva non agonistica e parteciperà alle seguenti attività:*

*□ ATTIVITÀ FISICO-SPORTIVE ORGANIZZATE DAGLI ORGANI SCOLASTICI NELL’AMBITO DELLE ATTIVITÀ PARASCOLASTICHE; intese come attività fisico sportive inserite nel P.T.O.F. svolte in orario extracurricolare, con la partecipazione attiva e responsabile dell’insegnante, finalizzate alla partecipazione a gare, campionati e caratterizzate da competizioni tra atleti e/o manifestazioni sportive organizzate dal MIUR o da Enti pubblici e privati.*

*□ CAMPIONATI STUDENTESCHI NELLE FASI PRECEDENTI A QUELLA NAZIONALE.*

*Al fine di consentirgli detta pratica sportiva si chiede che l’alunno/a venga sottoposto a visita medica ai sensi dell'art. 3 del Decreto Interministeriale del 24/04/2013, modificato dall'art. 42 bis del Decreto Legge n.69/2013, convertito dalla Legge n. 98/2013 e successive modifiche e integrazioni.*

*Ladispoli, ……………………….*

|  |
| --- |
| *Il Dirigente Scolastico* |
| *prof. Riccardo Agresti* |

CERTIFICATO DI IDONEITÀ SPORTIVA NON AGONISTICA

Si certifica che l’alunno/a

**SI CERTIFICA CHE**

Cognome …………………………………………………… Nome ………………………………………………………

nat… a ……………………………………………………..…………...……… il ….…………………………………….

residente a ……………………………….………… via ………………..……………...………………………………….

in base alla 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. Si rilascia gratuitamente su richiesta del Dirigente Scolastico, per gli usi consenti dalla Legge.

*…………………, …………………………. ……………………………………………………*

 *Timbro e firma del medico certificatore*