

Io sottoscritto _____ nato a _____ il _____

CERTIFICO CHE

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ (prov. _____) il _____

Residente a _____ Via/Piazza _____ N. _____

In base alla visita medica da me effettuata è in stato di buona salute e non presenta controindicazioni alla pratica di attività sportiva non agonistica in ambito scolastico.

Data E.C.G. _____ Eseguito presso _____

Si rilascia gratuitamente ai sensi dell'art. 44 dell'ACN PLS, su richiesta del capo di Istituto, per gli usi consentiti dalla Legge (D.M. 28/02/1983, art. 1, lett. a) e c).

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio ed è valido esclusivamente in copia originale e per il solo uso scolastico.

Roma, _____

Firma e timbro del Medico

Il Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo "Via Boccea 590" – Via Boccea, 590 – 00166

Roma (RM) dichiara che lo/a studente/ssa _____

nato/a a _____ (prov. _____) il _____

(barrare la voce che interessa)

- svolgerà attività fisico-sportiva non agonistica in orario extracurricolare con la partecipazione attiva dell'insegnante (All. H ACN PLS 15/12/2005);
- parteciperà ai "Giochi Sportivi Studenteschi" nelle fasi precedenti quelle nazionali, successive a quelle di istituto o rete di istituti; (da richiedere al momento dell'utilizzo) e per tale motivo chiede al medico curante, secondo quanto previsto dall'art. 1, lett. a) e c) del D.M. 28.02.1983, dalla C.R. n. 36 del 02.10.1998 e dall'ACN PLS 15.12.2005, il rilascio di un certificato di stato di buona salute per la pratica di tale attività sportiva non agonistica in ambito scolastico.

Roma, _____

Il Dirigente Scolastico
(Prof.ssa Ermenegilda Esposito)

La presente richiesta ha validità solo se compilata per intero, firmata e timbrata.

Il firmatario della richiesta è giuridicamente responsabile di eventuale utilizzo non conforme alle suddette normative.