



**RICHIESTA DI CERTIFICAZIONE DI IDONEITA' ALLA PRATICA DELL'ATTIVITA'
SPORTIVA NON AGONISTICA AD USO ESCLUSIVO SCOLASTICO**

ai sensi Legge n°125 del 30/10/2013, Linee Guida del Ministero della Salute dell'8/08/2014

Il Dirigente scolastico dell'Istituto Istruzione Superiore "Da Vinci-De Giorgio" di Lanciano (CH)

chiede per l'alunno/a

nato/a ail/...../..... residente a

via classe

certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva non agonistica, ad uso esclusivo scolastico, per uno dei seguenti motivi:

- A) l'alunno/a prenderà parte ad attività parascolastiche in orario extracurriculare, con partecipazione attiva e responsabile dell'insegnante, finalizzate alla partecipazione a gare o campionati caratterizzate da competizioni tra atleti.
- B) l'alunno/a è stato/a selezionato/a per partecipare alle fasi successive a quelle di Istituto o di rete di Istituti per i Giochi della Gioventù o Giochi Sportivi Studenteschi.
- C) l'alunno/a parteciperà a manifestazioni sportive organizzate dal seguente Ente pubblico o privato - tramite P.O.F. (Piani Offerte Formative) - con le modalità previste alla lettera A)

Data 26/03/2022

Il Dirigente Scolastico
Dott. Gaetano Luigi Fuiano

Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi art. 3 del D.L. 39/93

**CERTIFICAZIONE DI IDONEITA' ALLA PRATICA DELL'ATTIVITA' SPORTIVA
NON AGONISTICA AD USO ESCLUSIVO SCOLASTICO**

ai sensi Legge n°125 del 30/10/2013, Linee Guida del Ministero della Salute dell'8/08/2014

Vista la richiesta effettuata e sottoscritta dall'Autorità scolastica in data/...../.....

si certifica chenato a

il/...../..... residente a....., sulla base della visita medica da me effettuata,

dei valori di pressione 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/...../.....

Il Medico
(timbro e firma)

.....