

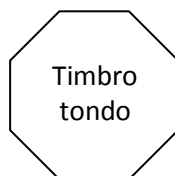


Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

Ufficio Scolastico Regionale per la Campania

Il Dirigente scolastico dell'Istituto \_\_\_\_\_  
dichiara che l'alunno/a \_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, svolgerà **attività fisico-sportiva non agonistica** e parteciperà ai "Campionati Studenteschi" nelle fasi precedenti quelle nazionali, nelle seguenti specialità: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, nell'ambito di attività extracurricolari organizzate da codesta Istituzione scolastica e per tale motivo chiede, ai sensi del D.M. 24 aprile 2013 (Pubblicato sulla G.U. n. 169 del 20 luglio 2013) e degli Accordi intercorsi con la F.I.M.P. il rilascio di un certificato di stato di buona salute per la pratica di tali attività sportive non agonistiche in ambito scolastico.

Data \_\_\_\_\_



IL DIRIGENTE SCOLASTICO

\_\_\_\_\_

**CERTIFICATO DI IDONEITA' ALLA PRATICA DI  
ATTIVITA' SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO  
(D.M. 24.04.2013)**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

NATO/A \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_

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.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Timbro

IL MEDICO CERTIFICATORE

\_\_\_\_\_

(da trattenere agli Atti della Scuola)