



Gent.mo/a,
Dott. _____

oggetto: **Richiesta di Certificato di buona salute per la pratica di Attività Sportiva non agonistica (art. 3 D.M. 24/04/2013 comma 1.a)**

Il/la sottoscritto/a Prof.ssa Valentina Bellini nella sua qualità di legale rappresentante dell'ISCASCOLI CENTRO D' AZEGLIO di ASCOLI PICENO chiede che l'alunna

Alunno/a:
Nato/a a _____ il _____
Residente in _____
Via _____

venga sottoposto al controllo sanitario di cui al D.M. 24 aprile 2013 e successive modifiche per la pratica di attività sportive non agonistiche relative ai progetti sportivi inseriti nel POF d'Istituto, ai sensi del DCPM 28 novembre 2003. Il certificato di idoneità sportiva di tipo non agonistico deve essere rilasciato sul modello previsto dal DM 08/08/2014 all. 2 e ha validità un anno da quando è rilasciato.

Si precisa che il certificato IN ORIGINALE sarà acquisito agli atti dell'Istituzione Scolastica e non sarà riprodotto in alcuna forma nè utilizzato per scopi diversi da quello scolastico.

ASCOLI PICENO ,

LA DIRIGENTE SCOLASTICA
Prof.ssa Valentina Bellini

(riservato al medico curante/pediatra)

Il soggetto sulla base della visita da me effettuata, dei valori di pressione arteriosa rilevati, nonché dal 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 _____ data _____

timbro e firma del medico certificatore