Ministero dell'Istruzione e del Merito

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "N. SAURO"

Via N. Sauro,135 20861 Brugherio (MB) Tel 039/2873466 –
Fax 039/2873478 - C.F.94581320150- Cod.mecc..MBIC8AL00P
email: mbic8al00p@istruzione.it - pec: mbic8al00p@pec.istruzione.it
sito web: http://www.icsauro-brugherio.edu.it

RICHIESTA DI RILASCIO DEL CERTIFICATO DI IDONEITA' ALLA PRATICA DI ATTIVITA' SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO IN AMBITO SCOLASTICO

(ai sensi del D.M. 24 aprile 2013 e successive modifiche – D.M. 8 agosto 2014, All. 2)

La sottoscritta CONCETTA CARDINALE nella sua qualità di legale rappresentante dell'Istituto N. Sauro di Brugherio

CHIEDE

Che l'alunno/a

Cognome e Nome _____ nato/a a_____ il _____

residente a _____

frequentante la classe _____ sezione _____

venga sottoposto/a al controllo sanitario previsto dalla normativa vigente per il rilascio del

Certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva di tipo non agonistico

Finalizzato alla partecipazione alle attività sportive scolastiche inserite nel PTOF d'Istituto (attività curricolari di Scienze Motorie, tornei, gare studentesche, progetti sportivi).

Il certificato dovrà essere redatto secondo il modello previsto dal D.M. 8 agosto 2014 e avrà validità annuale dalla data di rilascio.

Data _____

Il modello deve essere presentato al medico certificatore compilato in ogni sua parte.

La Dirigente Scolastica
Prof.ssa Concetta Cardinale
Documento firmato digitalmente ai sensi del c.d. Codice dell'Amministrazione Digitale e normativa connessa

Certificato di idoneità alla pratica sportiva di tipo NON agonistico

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_____

Data_____

FIRMA del medico Certificatore

_____