



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE STATALE
"LEONARDO DA VINCI"

Liceo delle Scienze Umane - Istituto Tecnico AFM – Istituto Professionale Servizi Commerciali

Sede legale: Via Cavour n. 258 00184 ROMA - 06/121128185

e-mail: rmis013006@istruzione.it - rmis013006@pec.istruzione.it

I Municipio - Distretto IX - Codice Mecc. RMIS013006 - C.F. 97197650589

sito web: www.leonardodavinciroma.gov.it

Ai sensi dell'art. 3 del Decreto Interministeriale del 24/04/2013, modificato dall'art. 42 bis del Decreto Legge n. 69/2013, convertito dalla Legge n. 98/2013 e s.m.

La sottoscritta prof.ssa Irene de Angelis Curtis nella sua qualità di legale rappresentante dell'IIS "Leonardo Da Vinci" Roma chiede che

l'alunna/o _____
C o g n o m e **N o m e**

nata/o a _____ frequentante la classe _____

venga sottoposta/o al controllo sanitario di cui ai citati decreti e leggi per la pratica, nell'ambito scolastico, di attività sportive non agonistiche relative a:

[] ATTIVITA' PARASCOLASTICHE: intese come attività fisico sportive inserite nel P.T.O.F. svolte in orario extracurricolare, con la partecipazione attiva dell'insegnante, finalizzate alla partecipazione a gare, campionati, competizioni tra atleti e/o manifestazioni sportive organizzate dal MIUR o da Enti pubblici e privati e organizzate nell'ambito dei Centri Sportivi Scolastici.

[] CAMPIONATI STUDENTESCHI: dalle fasi di istituto fino alle fasi regionali comprese.

Luogo _____ Data _____

Il Dirigente Scolastico
(timbro e firma autografa)

CERTIFICO CHE

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 in ambito scolastico.

Si rilascia gratuitamente, su richiesta del Dirigente Scolastico, per gli usi consenti dalla legge.

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

Luogo _____ Data _____

Firma e timbro del medico Certificatore

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

Sig.ra/Sig.....

Nata/o 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, data, timbro e firma del medico certificatore.