



M.I.U.R.

Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio

Istituto Comprensivo Statale

“OVIDIO”

00136 ROMA -Via G. Bitossi, 5 Tel. 06.35428420 - Tel/ Fax 06.35347454

Codice Fiscale 97198840585 – Cod. mecc. RMIC8BP00C

e-mail: ic.bitossi@gmail.com- rmic8bp00c@istruzione.it

Pec : rmic8bp00c@pec.istruzione.it

**RICHIESTA DI CERTIFICATO DI IDONEITA' SPORTIVA NON AGONISTICA
AD USO SCOLASTICO**

Ai sensi dell'art 3 del D.I. del 24/04/2013, modificato dall'art 42 bis del D.L. 69/2013, convertito dalla legge 98/2013 e s.m. del D.M. del 08/08/2014

La sottoscritta Claudia GHIO Dirigente Scolastico dell'Istituto I.C.S. OVIDIO **chiede che:**

l'alunno/a _____

nato/a a _____ il ___/___/___ Classe _____

venga sottoposto al controllo sanitario di cui ai citati decreti e leggi per la pratica di attività sportive non agonistiche in ambito scolastico relative a:

-**ATTIVITÀ PARASCOLASTICHE** intese come pratiche fisico-sportive inserite nel POTF organizzate in orario extracurriculare, con partecipazione attiva e responsabile dell'insegnante, finalizzate alla partecipazione a gare o campionati caratterizzate da competizioni tra atleti e/o manifestazioni sportive organizzate dal MIUR o da Enti pubblici e privati nell'ambito dei Centri Sportivi Scolastici .

- **GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI** nelle fasi precedenti a quella nazionale.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott.ssa Claudia GHIO

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art.3 comma 2 del D.Lgs 39/1993

Roma, _____

✂ _____

Certifico che

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ il ___/___/___

Residente a _____ Via _____

Il soggetto sulla base della visita medica da me effettuata, non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva non agonistica **in ambito scolastico**.

Si rilascia su richiesta del Dirigente Scolastico per gli usi consentiti dalla legge.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio, ed è valido esclusivamente in copia originale.

Roma, _____

Timbro e firma del medico