



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRESIVO "GOFFREDO PETRASSI"

Distretto 28° mail: rmic8f400v@istruzione.it - rmic8f400v@pec.istruzione.it
Via della Maratona n. 23 – Roma 00135 – tel: 063292909
C.F: 97713210587 – Codice Univoco: UFQQCT
www.icgoffredopetrassi.edu.it

Ai sensi dell'art. 3 del Decreto Interministeriale del 24/04/2013, modificato dall'art. 42 bis del D.L. n.69/2013, convertito dalla Legge n.98/2013 e ss. mm. ii.,
il Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo "Goffredo Petrassi" chiede che:

l'alunna/o.....Classe.....

nato /a.....il.....

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

- **ATTIVITA' PARASCOLASTICHE:** intese come pratiche fisico-sportive inserite nel P.T.O.F. svolte in orario extracurricolare, con la partecipazione attiva dell'insegnante, finalizzate anche alla partecipazione a gare, campionati, competizioni tra atleti e/o manifestazioni sportive organizzate dal MIUR o da Enti pubblici e privati nell'ambito dei Centri Sportivi Scolastici.
- **CAMPIONATI STUDENTESCHI:** dalle fasi d'Istituto fino alle fasi Regionali comprese.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott. Ivan Husu

*Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, c. 2, D. Lgs. n. 39/93*

Certifico che:

Cognome.....Nome.....

Nata/o a.....il.....

Residente aVia.....

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, dei valori di pressione arteriosa rilevati, nonché del referto del tracciato E.C.G. eseguito in data, non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva non agonistica.

Si rilascia gratuitamente 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 e per il solo uso scolastico.

Roma,

.....
Firma e timbro del medico