

**RICHIESTA DI RILASCIO DEL CERTIFICATO DI IDONEITA' ALLA PRATICA DI  
ATTIVITA' SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO IN AMBITO SCOLASTICO  
(D.M. 24/04/2013 E SUCCESSIVE MODIFICHE)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nella sua qualità di legale rappresentante dell'**Istituto Statale "DUCA DEGLI ABRUZZI" di Traviso (TV)** chiede che l'alunno \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ 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 PTOF d'Istituto. Ai sensi del D.C.P.M. del 28/11/2003.

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 né utilizzato per scopi diversi da quello scolastico.**

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Il Dirigente Scolastico

\_\_\_\_\_

*Timbro ISTITUTO*

\*\*\*\*\*

**U.L.S.S. della Provincia**

**di \_\_\_\_\_**

**Dott.:** \_\_\_\_\_ (Medico / Pediatra)

**Certificato di idoneità alla pratica sportiva di tipo NON agonistico**

Cognome \_\_\_\_\_, nome \_\_\_\_\_,

nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, residente

in \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

indirizzo

cap

Comune

Provincia

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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Il Medico Certificatore

\_\_\_\_\_

*FIRMA del Medico Certificatore*