

**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)**

La sottoscritta \_\_\_\_\_ prof.ssa Emilia Imbrenda \_\_\_\_\_ nella sua qualità di legale rappresentante dell'Istituto Statale **"DUCA DEGLI ABRUZZI" di Treviso (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*