



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "CARD. G. B. DUSMET"

SCUOLA INFANZIA PRIMARIA E SECONDARIA DI PRIMO GRADO

SCUOLA A INDIRIZZO MUSICALE

COD. FISC. 80011980879 - COD. MECC. CTIC83900G

Via Monti Rossi, 14 - 95030 - NICOLOSI - Tel. 095911420 - 095911340

e-mail: ctic83900g@istruzione.it - pec: ctic83900g@pec.istruzione.it

www.scuoladusmetnicolosi.edu.it

RICHIESTA DI CERTIFICAZIONE DI IDONEITA' ALLA PRATICA DELL'ATTIVITA' SPORTIVA NON AGONISTICA AD USO ESCLUSIVO SCOLASTICO

ai sensi del D.M. 24/4/2013, della L. 98 9/8/2013, della L. 125 30/10/2013, del DM. 8/8/2014, del D.I. 28/2/2018.

Protocollo n° 7744 (Rif. Circolare n. 40 a.s.2024-2025)

La sottoscritta, Dirigente Scolastico dell'I.C. "G.B. Dusmet" Nicolosi

per l'alunno/a _____

CHIEDE

il rilascio di certificato di idoneità alla pratica sportiva non agonistica gratuito, ad uso esclusivo scolastico, ovvero per attività parascolastiche in orario extracurriculare e quelle relative al Centro Sportivo Scolastico.

Nicolosi,

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Maria Nicolosi
Maria Nicolosi

CERTIFICAZIONE DI IDONEITA' ALLA PRATICA DELL'ATTIVITA' SPORTIVA NON AGONISTICA AD USO ESCLUSIVO SCOLASTICO

ai sensi del D.M. 24/4/2013, della L. 98 9/8/2013, della L. 125 30/10/2013, del DM. 8/8/2014, del D.I. 28/2/2018, dell'art. 44 comma 2 lettera H dell'ACN 15/12/2005

Vista la richiesta effettuata e sottoscritta dall'Autorità scolastica in data _____, si certifica che

Cognome _____ Nome _____

nat. a _____ il _____ residente a _____

in via _____ n. _____ n. iscrizione al S.S.N. _____

sulla base della visita da me effettuata, dei valori di pressione arteriosa rilevati, nonché del referto

del tracciato E.C.G. eseguito in data _____ risulta in stato di buona salute e non

presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportive non agonistiche.

Il presente certificato ha validità annuale alla data del rilascio e può essere utilizzato solo per uso scolastico.

Data _____, li ____ / ____ / ____

Il medico

(timbro e firma)