



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO SUBIACO
 Via Carlo Alberto Dalla Chiesa s.n.c. - 00028 SUBIACO (RM)
 ☎ 0774/84376 - 0774/84377

✉ rmic8dz00r@istruzione.it - ✉ rmic8dz00r@pec.istruzione.it

ANNO SCOLASTICO 2022/2023

Il Dirigente Scolastico dell'Istituto IC SUBIACO

VISTA la circolare della regione Lazio prot. 878666 del 14-10-2020 – Area promozione salute e prevenzione;

dichiara che l'alunno/a _____ nato/a a _____ il _____
 iscritto e frequentante la classe _____ svolgerà attività fisico-sportiva non agonistica e parteciperà alle
 seguenti attività:

- ATTIVITA' FISICO-SPORTIVE ORGANIZZATE DAGLI ORGANI SCOLASTICI NELL'AMBITO DELLE ATTIVITA' PARASCOLASTICHE; intese come attività fisico sportive inserite nel P.T.O.F. svolte in orario extracurricolare, con la partecipazione attiva e responsabile dell'insegnante, finalizzate alla partecipazione a gare, campionati e caratterizzate da competizioni tra atleti e/o manifestazioni sportive organizzate dal MIUR o da Enti pubblici e privati.
- CAMPIONATI STUDENTESCHI NELLE FASI PRECEDENTI A QUELLA NAZIONALE;

Al fine di consentirgli detta pratica sportiva, ai sensi della normativa richiamata, si chiede che l'alunno/a venga sottoposto a visita medica ai sensi dell'art. 3 del Decreto Interministeriale del 24/04/2013, modificato dall'art. 42 bis del Decreto Legge n.69/2013, convertito dalla Legge n. 98/2013 e successive modifiche e integrazioni.

Data _____

MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA
 UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO SUBIACO
 Via Carlo Alberto Dalla Chiesa snc - TEL./FAX 077484376 - 077484377
 00028 SUBIACO (RM)

Il Dirigente Scolastico

CERTIFICATO DI IDONEITA' SPORTIVA NON AGONISTICA

Si certifica che l'alunno/a

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____

residente a _____

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.

Si rilascia gratuitamente su richiesta del Dirigente Scolastico, per gli usi consenti dalla legge.

_____li _____

Il Medico certificatore

(timbro e firma)