

ISTITUTO COMPRENSIVO AUTONOMO STATALE "G. STROFFOLINI"

Via Rimembranza, 33 - Tel/Fax 0823/467754 - 81020 CASAPULLA (CE)

Il Dirigente Scolastico dell'Istituto dichiara che
lo/a studente/ssa, nato/a a
Prov.....il..... di scuola, classe sez..... svolgerà
attività fisico-sportiva non agonistica e/o parteciperà ai "GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI" nelle fasi
precedenti quelle nazionali nelle seguenti specialità.....;.....;
nell'ambito di attività parascolastiche organizzate da codesto organo scolastico e per tale motivo
chiede al medico curante, secondo quanto previsto ai sensi dell'art. 3 D.M. 24.04.2013 e
successive modifiche ed integrazioni, il rilascio di un certificato di stato di buona salute per la pratica
di tali attività sportive non agonistiche in ambito scolastico.

F.to La Dirigente Scolastica

Dott.^{ssa} Maria Carmina Giuliano

"Documento firmato digitalmente ai sensi del Codice dell'Amministrazione Digitale e norme ad esso connesse".

Certifico che il /la alunno/a

nato/a a pr.(.....)il

residente apr(.....)Via / piazza.....n.....

in base alla visita effettuata, dei valori di pressione arteriosa rilevati, nonché del referto del tracciato
ECG eseguito in data....., è in condizioni di buona salute, ai sensi dell'art. 3
D.M. 24.04.2013 e successive modifiche ed integrazioni; pertanto non vi sono controindicazioni in
atto alla pratica di attività sportiva non agonistica per la/le specialità su indicate.

.....
(timbro e firma)

Il presente certificato si rilascia gratuitamente ai sensi dell'art.29 dell'ACN e ha validità annuale dalla data di rilascio.