

# LICEO GINNASIO STATALE "L. MANARA"

00152 ROMA - VIA BASILIO BRICCI, 4 - Fax 06/67663900 - Tel. 06/121127825

A.T. LAZIO 07 - DISTRETTO XIV - RMPC14000N - sito web: <http://www.liceomanara.it/> - email: [rmpc14000n@istruzione.it](mailto:rmpc14000n@istruzione.it)

Il Dirigente Scolastico dell'Istituto \_\_\_\_\_

dichiara che lo studente/alunno \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ svolgerà attività fisico-sportiva non agonistica e/o parteciperà ai "Giochi Sportivi Studenteschi" nelle fasi precedenti quelle nazionali, nell'ambito di attività parascolastiche organizzate da codesto organo scolastico e per tale motivo chiede al medico curante, secondo quanto previsto dall'art. 1 del D.M. 28.02.1983 - D.I. 24.04.2013 - dall'art. 42bis comma 2 della L. 09.08.2013, il rilascio di un certificato di stato di buona salute per la pratica di tali attività sportive non agonistiche in ambito scolastico.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Data, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Capo d'Istituto e timbro



## CERTIFICO CHE

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

In base alla 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 in ambito scolastico.

*Si rilascia gratuitamente, ai sensi dell'art. 29 dell' ACN, su richiesta del Capo d'Istituto per gli usi consentiti dalla legge (D.M. 28/02/83 e seguenti).*

*Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio ed è valido esclusivamente in copia originale e per il solo uso scolastico.*

Data, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma e timbro del Medico