



MINISTERO DELL' ISTRUZIONE E DEL MERITO
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
Istituto Comprensivo " VIA N. M. NICOLAI"
Via N.M. Nicolai, 85 - 00156 ROMA - Tel. 06/4102614-41220371
DISTRETTO 13 - C.M. RMIC8ER00B - C.F. 97712470588
E-mail. rmic8er00b@istruzione.it; mic8er00b@pec.istruzione.it

**CERTIFICATO DI IDONEITA' ALLA PRATICA DI ATTIVITA' SPORTIVA
DI TIPO NON AGONISTICO**

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ in Via/P.zza _____ n. _____

In base alla visita 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, per gli usi consentiti dalla legge (D.M. 28/02/83).

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

Data _____

Firma e timbro medico

Compilare a cura del medico curante e restituire al Dirigente Scolastico

Il Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo "Via N. M. Nicolai" di Roma dichiara che lo studente/alunno _____ nato a _____
_____ il _____ svolgerà attività fisico-sportiva non agonistica, nell'ambito di attività scolastiche 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, L.R. 15/12/1994 n. 94, il rilascio di un certificato di idoneità alla pratica di tali attività non agonistiche in ambito scolastico.

La Dirigente Scolastica
Prof.ssa Gemma Stornelli