



LICEO CLASSICO STATALE GIOSUÈ CARDUCCI - MILANO
Via Beroldo, 9 - 20127
Tel. 022847232 - Fax 022610154
www.liceoclassicocarducci.gov.it
mipc03000n@istruzione.it; mipc03000n@pec.istruzione.it
MIPC03000N - Cod.fiscale 80126650151

MODULO PER LA RICHIESTA DI CERTIFICAZIONE PER ATTIVITÀ SPORTIVA NON AGONISTICA IN AMBITO SCOLASTICO.

Il Dirigente Scolastico del Liceo Classico Statale "G. Carducci" di Milano, Prof. Andrea Di Mario, dichiara che lo/a studente/ssa _____ nato/a a _____ il _____, svolgerà attività fisico-sportiva non agonistica e/o parteciperà ai giochi sportivi studenteschi nelle fasi precedenti quella nazionale organizzate dagli organi scolastici nell'ambito delle attività parascolastiche 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 e precisato nella nota Regione Lombardia prot. n. H1.2015.0009787 del 26.03.2015 il rilascio di un certificato di stato di buona salute per la pratica di tali attività sportive non agonistiche in ambito scolastico.

Data, _____

Il Dirigente Scolastico
prof. Andrea Di Mario
*Firma autografa a mezzo stampa ai sensi
dell'art. 3, D.Lgs 12.02.1993, n. 39*

(Parte riservata al medico certificatore)

Certificato di idoneità alla pratica sportiva di tipo non agonistico

Il soggetto, _____, nato 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.

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 precisato dalla nota Regione Lombardia prot. n. H1.2015.0009787 del 26.03.2015).

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

Luogo, _____ Data _____

Timbro e firma del medico
