

**Modulo per la richiesta di certificazione per attività sportiva non agonistica in ambito scolastico**

In qualità di rappresentante dell'Istituto Comprensivo "Giacomo Leopardi" di Messina, dichiaro che l'alunno/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

svolgerà attività fisico – sportiva non agonistica e/o , nell'ambito di attività parascolastiche ..... e per tale motivo chiedo al medico curante dell'alunno/a su indicato/a, secondo quanto previsto dall'art. 1 del D.M. 28/02/1983 – L. R.15/12/1994 n. 94, ai sensi dell'art. 42 bis del D.L. n. 69 del 2012, convertito dalla Legge n. 98 del 2013 e successive modifiche – il rilascio di un certificato di idoneità per la pratica di attività sportive non agonistiche in ambito scolastico.

Data .....



F.to Il Dirigente Scolastico  
Dott.ssa Ersilia Caputo

**CERTIFICATO DI IDONEITA'**  
**ALLA PRATICA DI ATTIVITA' SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO**  
*(conforme all'allegato 2 del Decreto 8 agosto 2014 Ministero della Salute)*

Il sig./ra .....

nato/a a ..... il .....

residente a .....

Il soggetto, 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 di rilascio.

Data .....

Firma e timbro del medico certificatore