



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA - UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO VIA DEL CALICE

VIA DEL CALICE 34/I - 00178 ROMA - Tel. 06/7188500 - Fax 06/71299259 - C.F. 97713080584 - C.M. RMIC8GF005
e-mail: mic8gf005@istruzione.it - PEC: mic8gf005@pec.istruzione.it - Sito WEB www.viadelcalice.gov.it

RICHIESTA CERTIFICATO MEDICO PER ATTIVITÀ SPORTIVA NON AGONISTICA

Il Dirigente Scolastico Renata Ruggero dichiara che l'alunno _____,
nat_ a _____ il ___ / ___ / _____, frequentante la classe _____ sezione
_____ del plesso di Via A. della Seta n.8, parteciperà alle seguenti attività ludico/sportive previste per l'attuale
anno scolastico 2018/2019: _____.

Per tale motivo chiede al medico curante - come previsto dal Decreto Ministero della Salute dell'8/8/2014
Linee guida di indirizzo in materia di certificati medici per l'attività sportiva non agonistica - un certificato ai
fini assicurativi di buona salute per attività sportiva non agonistica.

Certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva di tipo non agonistico

Sig.ra / Signor _____,
nat_ a _____ (provincia o Stato _____) il ___ / ___ / _____
/ _____ e residente a _____
(_____) in via _____, n. _____.

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.

Data, ___ / ___ / _____

Timbro e firma del medico

Si rilascia il presente certificato per uso scolastico prodotto in forma gratuita.

Roma, _____

Il Dirigente Scolastico
Renata Ruggero