



CONVITTO NAZIONALE STATALE "G. LEOPARDI"

ISTITUTO ANNESSO 1° CICLO D' ISTRUZIONE

Piazza Marconi, 3 – 62100 MACERATA

Economato:Convitto Tel. 0733/239335 – fax 0733/239300 – e-mail: convittomc@libero.it C.F.80005520434

SEGRETERIA:PRIMARIA Tel 0733/239327 e SECONDARIA DI PRIMO GRADO TEL 0733/239220 C.F.80006000436
mcm00200g@istruzione.it

PROT. N. 4405 C/32

Macerata, li 19/09/2015

Al Dr _____

Ai GENITORI E AGLI ALUNNI

Oggetto: Certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva di tipo non agonistico per uso scolastico in base al D.M. 24/04/2013.

Il sottoscritto Ferdinando Romagnoli, nella sua qualità di legale rappresentante del Convitto Nazionale "G.Leopardi" di Macerata, chiede che l'alunno/a:

cognome e nome
nato/a a
il
cod. fiscale
frequentante la classe nell'a.s.

venga sottoposto al controllo sanitario di cui al D.M. 24 aprile 2013 per la pratica di attività sportiva di tipo non agonistico (partecipazione al progetto Accoglienza, Orienting e Torneo di Pallavolo - fasi d'istituto/provinciali/regionali/ dei Campionati Studenteschi).

Si precisa che il rilascio del certificato di idoneità all'attività sportiva di tipo non agonistico, a **titolo non oneroso**, dovrà essere rilasciato secondo quanto previsto dal D.M. 8 agosto 2014 "Linee guida di indirizzo in materia di certificati medici per l'attività sportiva non agonistica".

Di seguito si riporta il fac simile del Certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva di tipo non agonistico da compilare da parte del medico (e da restituire alla segreteria didattica di questo Istituto da parte dell'alunno/a).

Si ringrazia per la collaborazione e s'invisano cordiali saluti.

Il Dirigente Scolastico
Ferdinando Romagnoli

PB

Fac simile di

Certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva di tipo non agonistico D.M. 24/04/2013

Il sottoscritto Dott. _____

Certifica che l'alunno/a

Cognome: _____ Nome: _____
Nato/a a _____ () il _____ residente a _____
in Via _____ frequentante la classe _____ nell'a.s. _____

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 del rilascio.

Il presente certificato viene rilasciato, a richiesta del Dirigente Scolastico del Convitto Nazionale "G. Leopardi" di Macerata, ai sensi e per gli effetti della vigente normativa e sarà acquisito agli atti dell'Istituzione Scolastica e non sarà riprodotto in alcuna forma né utilizzato per scopi diversi da quello scolastico.

Luogo, data, timbro e firma del medico certificatore

Data _____

Firma del Medico