



**Istituto d'Istruzione Superiore Statale
"Virgilio FLORIANI"**



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

FUTURA

**LA SCUOLA
PER L'ITALIA DI DOMANI**

Finanziato
dall'Unione europea
Non Beneficiario EU

Ministero dell'Istruzione
e del Merito

italiadomani
Rivoluzione e sviluppo umano

MBIS024001@pec.istruzione.it

MBIS024001@istruzione.it

Codice Fiscale.: 94004480151 – Codice univoco: UF1007 – Codice Meccanografico MBIS024001

SEDE – Uffici di Segreteria

Via B. Cremagnani, 18 - 20871 Vimercate (MB)

tel. 039 6080647 - 039 6852794

SEDI ASSOCIATE

I.P.C.T. "A. OLIVETTI" – "LICEO SCIENZE UMANE"

Via Adda, 6 - 20871 Vimercate (MB) tel. 039 6854109

CORSO SERALE

I.P.C.T. "A. OLIVETTI" Indirizzo Sanità e Assistenza Sociale Via B. Cremagnani, 18 - 20871 Vimercate (MB)

**RICHIESTA DI RILASCIO DI CERTIFICATO DI IDONEITÀ ALLA PRATICA DI ATTIVITÀ
SPORTIVE DI TIPO NON AGONISTICO**

Il Dirigente della Scuola/Istituto _____

Dichiara che lo/a studente/ssa _____

Nato a _____ il _____

Svolgerà attività fisico-sportiva non agonistica anche in orario extra curricolare con la partecipazione dell'insegnante (tornei di Istituto, eventuali manifestazioni promosse da enti o da federazioni sportive, gruppo sportivo scolastico).

E per tale motivo chiede al medico curante, secondo quanto previsto dall'art. 1 lett. a) e c) del D.M. 28/02/1983, dalla C.R. n.36 del 02/10/1998 e dall'ACN PLS 15/12/2005, il rilascio di un certificato di idoneità per le attività sportive di tipo non agonistico per la pratica di tale attività in ambito scolastico.

Data _____



Il Dirigente Scolastico

(Prof. Daniele Zangheri)

**CERTIFICATO DI IDONEITÀ ALLA PRATICA DI ATTIVITÀ SPORTIVE DI TIPO NON
AGONISTICO**

Il sottoscritto dott. _____

Certifica che cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ il _____

Residente _____ Via _____

Sulla base della visita medica da me effettuata, dei valori di pressione arteriosa rilevati, nonché del referto del tracciato ECG eseguito in data _____,

attesta che lo/a studente/ssa _____, non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva non agonistica.

Si rilascia gratuitamente, ai sensi dell'art. 44 dell'ACN PLS, su richiesta del Capo d'Istituto, per gli usi consentiti dalla legge (D.M. 28/02/83 art. 1 lettere A e C e D.M. 08/08/2014 al. 1 e 2).

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

Luogo e data

Firma e timbro del medico certificatore