



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
 Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio
 ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE

Via Domizia Lucilla

Via Cesare Lombroso, 118 – 00168 Roma ☎ 06 35506798 – 06 35511503 ☒ 06/35059315 – Distretto XXVII
 C. M. RMIS06100G – www.domizialucilla.com ✉ rmis06100g@pec.istruzione.it – rmis06100g@istruzione.it

Ai sensi dell'art. 3 del Decreto Interministeriale del 24/04/2013, modificato dall'art. 42 bis del Decreto Legge n.69/2013, convertito dalla Legge n. 98/2013 e s.m.

La sottoscritta prof.ssa Ida PALADINO nella sua qualità di legale rappresentante dell'IIS “via Domizia Lucilla” chiede che l'alunna/o.....

nata/o il..... frequentante la classe.....

venga sottoposta/o al controllo sanitario di cui ai citati decreti e leggi per la pratica, nell'ambito scolastico, di attività sportive non agonistiche relative a:

- 1) **ATTIVITA' PARASCOLASTICHE:** intese come attività fisico sportive inserite nel P.O.F. svolte in orario extracurricolare, con la partecipazione attiva dell'insegnante, finalizzate alla partecipazione a gare, campionati, competizioni tra atleti e/o manifestazioni sportive organizzate dal MIUR o da Enti pubblici e privati e organizzate nell'ambito dei Centri Sportivi Scolastici.
- 2) **CAMPIONATI STUDENTESCHI:** dalle fasi di istituto fino alle fasi regionali comprese.

.....,

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

(timbro e firma autografa)

.....

CERTIFICO CHE

Lo studente

Nata/o a il

residente a.....

sulla base della visita medica da me effettuata, dei valori di pressione arteriosa rilevati, nonché del referto del tracciato E.C.G. eseguito in data, non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva non agonistica in ambito scolastico.

Si rilascia gratuitamente su richiesta del Dirigente Scolastico, per gli usi consenti dalla legge.

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

.....,

Firma e timbro del medico