



**MINISTERO DELL'ISTRUZIONE**  
**UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO**  
**ISTITUTO COMPRENSIVO SUBIACO**  
 Via Carlo Alberto Dalla Chiesa s.n.c. - 00028 SUBIACO (RM)  
 ☎ 0774/84376 - 0774/84377

✉ [rmic8dz00r@istruzione.it](mailto:rmic8dz00r@istruzione.it) - ✉ [rmic8dz00r@pec.istruzione.it](mailto:rmic8dz00r@pec.istruzione.it)

ANNO SCOLASTICO \_\_\_\_\_

Il Dirigente Scolastico dell'Istituto IC SUBIACO

VISTA la circolare della regione Lazio prot. 878666 del 14-10-2020 – Area promozione salute e prevenzione;

dichiara che l'alunno/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 iscritto e frequentante la classe \_\_\_\_\_ svolgerà attività fisico-sportiva non agonistica e parteciperà alle  
 seguenti attività:

- ATTIVITA' FISICO-SPORTIVE ORGANIZZATE DAGLI ORGANI SCOLASTICI NELL'AMBITO DELLE ATTIVITA' PARASCOLASTICHE; intese come attività fisico sportive inserite nel P.T.O.F. svolte in orario extracurricolare, con la partecipazione attiva e responsabile dell'insegnante, finalizzate alla partecipazione a gare, campionati e caratterizzate da competizioni tra atleti e/o manifestazioni sportive organizzate dal MIUR o da Enti pubblici e privati.
- CAMPIONATI STUDENTESCHI NELLE FASI PRECEDENTI A QUELLA NAZIONALE;

Al fine di consentirgli detta pratica sportiva, ai sensi della normativa richiamata, si chiede che l'alunno/a venga sottoposto a visita medica 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 successive modifiche e integrazioni.

Data \_\_\_\_\_

Timbro della Scuola



Il Dirigente Scolastico

*E. Fubeei*

**CERTIFICATO DI IDONEITA' SPORTIVA NON AGONISTICA**

Si certifica che l'alunno/a

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

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.

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

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Il Medico certificatore

\_\_\_\_\_

(timbro e firma)