



Ministero dell'Istruzione e del Merito
Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio



ISTITUTO TECNICO TECNOLOGICO "ENRICO FERMI"
ELETTRONICA - INFORMATICA - BIOTECNOLOGIE AMBIENTALI
ELETTRONICA (Percorso di II livello)

C.F. 80208490583 - Cod. Min. RMTF180009 - Cod. Min. Percorso II livello RMTF18050P - Distretto 37°
Via Cesare Minardi, 15-17-19 00044 Frascati (RM) - Tel. 06121127570
Sito: www.fermifrascati.edu.it Peo: rmtf180009@istruzione.it Pec: rmtf180009@pec.istruzione.it

ANNO SCOLASTICO _____

Il Dirigente Scolastico dell'Istituto _____ 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 si richiede 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 _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Giuliana Proietti Zaccaria
(Firma Autografa omessa ai sensi dell'art. 3 c. 2 del D. Lgs 39/1993)

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.

_____, lì _____ Il Medico certificatore _____

(timbro e firma)

RL/USRL