

	 <p style="text-align: center;">Ministero dell'Istruzione e del Merito Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia ISTITUTO COMPRESIVO "EUROPA UNITÀ" Via Varzi n. 13 - 20044 ARESE (MI) - C.F. 93545210150 C.M. MIIC8EB004 Tel. 02-93583110 - Sito: www.iceuropaunita.edu.it Cod. Univoco: UFPDI4 Email: miic8eb004@istruzione.it PEC: miic8eb004@pec.istruzione.it</p>	
---	--	---

RICHIESTA DI CERTIFICAZIONE DI IDONEITA' ALLA PRATICA DELL'ATTIVITA' SPORTIVA NON AGONISTICA AD USO ESCLUSIVO SCOLASTICO

ai sensi del D.M. 24/4/2013, della L. 98 9/8/2013, del DM. 8/8/2014, del D.I. 28/2/2018, della Nota Regione Lombardia 9787/2015

Il sottoscritto, Dirigente Scolastico dell'I.C. "Europa unita" di Arese (MI)

per l'alunno/a _____

CHIEDE

il rilascio del Certificato di idoneità alla pratica sportiva non agonistica, ad uso esclusivo scolastico.

Il Dirigente Scolastico
Prof. Stefano Fedele Monteleone
(Firma autografa omessa
ai sensi dell'art. 3 del D.Lgs. n. 39/1993)

CERTIFICAZIONE DI IDONEITA' ALLA PRATICA DELL'ATTIVITA' SPORTIVA NON AGONISTICA AD USO ESCLUSIVO SCOLASTICO

ai sensi del D.M. 24/4/2013, della L. 98 9/8/2013, del DM. 8/8/2014, del D.I. 28/2/2018, della Nota Regione Lombardia 9787/2015

Vista la richiesta effettuata dall'Autorità scolastica in data _____ si certifica che

Cognome _____ Nome _____

nat_ a _____ il _____ residente a _____

in via _____ n. _____ C.F. _____,

sulla base della visita da me effettuata, dei valori di pressione arteriosa rilevati, nonché del referto

del tracciato E.C.G. eseguito in data _____, risulta in stato di buona salute e non

presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportive non agonistiche.

Il presente certificato ha validità annuale alla data del rilascio e può essere utilizzato solo per uso scolastico.

Il medico _____
Data _____, li ____/____/_____
(timbro e firma)