



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

Ufficio Scolastico Regionale per la Campania

Istituto Tecnico Industriale Statale

"F. Giordani" - CASERTA

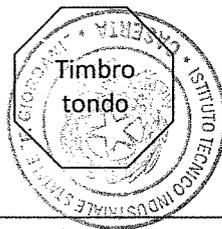
Il Dirigente scolastico dell'Istituto \_\_\_\_\_

dichiara che l'alunno/a \_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_, svolgerà attività fisico-sportiva non agonistica e parteciperà ai "Campionati Studenteschi" nelle fasi precedenti quelle nazionali, nelle seguenti specialità: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, nell'ambito di attività extracurricolari organizzate da codesta Istituzione scolastica e per tale motivo chiede, ai sensi del D.M. 24 aprile 2013 (Pubblicato sulla G.U. n. 169 del 20 luglio 2013) e degli Accordi intercorsi con la F.I.M.P. il rilascio di un certificato di stato di buona salute per la pratica di tali attività sportive non agonistiche in ambito scolastico.

Data 16 DIC. 2016



IL DIRIGENTE SCOLASTICO

(Dot. ssa Antonella Serpico)

*[Handwritten signature]*

**CERTIFICATO DI IDONEITA' ALLA PRATICA DI ATTIVITA' SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO**  
(D.M. 24.04.2013)

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

NATO/A \_\_\_\_\_ ( ) IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_

Il soggetto, 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.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Timbro \_\_\_\_\_

IL MEDICO CERTIFICATORE

\_\_\_\_\_

(da trattenere agli Atti della Scuola)