

RICHIESTA PER IL RILASCIO DELLA CERTIFICAZIONE DI IDONEITÀ ALL' ATTIVITÀ' SPORTIVA NON AGONISTICA

Il Dirigente Scolastico dell'I.S. Majorana di Palermo

dichiara che l'alunno/a.....
nato/a a..... il..... svolgerà attività fisica sportiva non agonistica extracurriculare e/o parteciperà alla fase provinciale o regionale dei "Campionati Studenteschi, nell'ambito di attività parascolastiche organizzate dal MIUR-CONI-CIP o da Enti pubblici e privati e da codesto organo scolastico.

Per tale motivo chiede al medico curante, secondo quanto previsto *dall'art.1 del D.M. 28.02.1983 e conseguente D.M. 18.10.2014*, il rilascio di un certificato di idoneità all'attività sportiva non agonistica.

Data,.....

F.TO IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(*Prof.ssa Melchiorra Greco

(*)[Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art.3,comma 2 del D.Lgs. 39/1993]

CERTIFICO CHE

Cognome _____ Nome _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____ e residente a _____
via/piazza _____ n. _____ CAP _____

sulla base della visita medica da me effettuata, è in stato di buon salute e non presenta controindicazioni alla pratica sportiva non agonistica in ambito scolastico.

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

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

_____, li _____

Timbro e firma del medico

Centrale Via Astorino 56, 90146 Palermo - c.f. 80015300827 - tel 091 518094 - 091 516986, fax 091 516261
Plesso Via dell'Olimpo 20/22 Palermo - tel 091 450454
email: pais01600g@istruzione.it - Pec: PAIS01600g@pec.istruzione.it - web <http://www.majoranapa.gov.it>



DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE

RICHIESTA RIMBORSO TASSE VERSATE

Codice del documento: **DR.27 PR.7.5.2**

Data di emissione: **15.02.2021**

N° di revisione: **01**

Pagina **1** di **1**