

**Modulo per la richiesta di certificazione per attività sportiva non agonistica in ambito scolastico**

In qualità di legale rappresentante pro tempore dell’Istituto Comprensivo “Giuseppe Pitrè” di Castellammare del Golfo, dichiaro che l’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ svolgerà attività fisico – sportiva non agonistica partecipando alle gare di Orienteering organizzate per il giorno 20 febbraio 2025 da ASD Sikania Sport e Cultura di Alcamo in collaborazione con la delegazione provinciale F.I.S.O. di Trapani e con il patrocinio del Comune di Castellammare del Golfo e per tale motivo chiedo al medico curante dell’alunno/a suindicato/a, secondo quanto previsto dall’art. 1 del D.M. 28/02/1983 – L. R. 15/12/1994 n. 94, ai sensi dell’art. 42 bis del D.L. n. 69 del 2012, convertito dalla Legge n. 98 del 2013 e successive modifiche – il rilascio di un certificato di idoneità per la pratica di attività sportive non agonistiche in ambito scolastico.

Castellammare del Golfo, 04/02/2025

La Dirigente Scolastica

Prof.ssa Elvira Mulè

Firma autografa omessa ai sensi dell'art. 3 del d.lgs. n. 39/1993

 CERTIFICATO DI IDONEITA’ ALLA PRATICA DI ATTIVITA’ SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO (conforme all’allegato 2 del Decreto 8 agosto 2014 Ministero della Salute)

Il sig./ra ................................................................................................................................................. nato/a 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 di rilascio.

 Data ................................................................. Firma e timbro del medico certificatore