



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO – USR LAZIO
LICEO STATALE “NICCOLÒ MACHIAVELLI” – ROMA
LINGUISTICO * SCIENZE UMANE * ECONOMICO-SOCIALE

Sede centrale: Piazza Indipendenza, 7 * 00185 * Tel. 06.4452370 *
Succursale: Via Giovanni da Procida, 14 * 00162 * Tel 06.83769149 *
Sede associata: Via dei Sabelli, 86 * 00185 * Tel 06.87886476 *
Sito Web: www.ismachiavelli.eu * e-mail: RMIS026008@istruzione.it
C.F.: 97197320589 • RMIS026008 • PEC: rmis026008@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 chiede 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 _____

Timbro della Scuola

Il Dirigente Scolastico

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.

_____, li _____

Il Medico certificatore

(timbro e firma)