

Il Dirigente dell'Istituto IIS E.Torricelli

DICHIARA

Che lo/a studente/ssa \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Svolgerà attività fisico/sportiva non agonistica con la presenza del docente

Per tale motivo si chiede al medico di base , secondo quanto previsto dall'art.1 lettera A) e C) del D.M.28.02.1983, dal DPR 272/2000, dall'ACN PLS 15/12/2005, dal Decreto 8/08/2014 del Ministero della Salute e dalla Nota esplicativa 15/06/2015, il rilascio di un certificato di buona salute per la pratica di tale attività

Data \_\_\_\_\_

Il Dirigente Scolastico  
(Prof. Anna Maria Scala )

---

a cura del medico di base

Certificato di idoneità alla pratica sportiva non agonistica

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Lo/a studente/ssa, in base alla visita da me effettuata, è in stato di buona salute e non presenta controindicazioni alla pratica di attività sportiva non agonistica

*Si rilascia gratuitamente ai sensi dell'art44 dell'ACN PLS su richiesta del Dirigente Scolastico per gli usi consentiti dalla legge. Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio ed è valido esclusivamente in copia originale per il solo uso scolastico*

Data \_\_\_\_\_

---

Firma e timbro del medico