



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE STATALE
"LUCIO ANNEO SENECA"

Liceo Classico – Linguistico - Scientifico

Via Francesco Albergotti, 35 – 00167 ROMA - Tel. 06/121124585

C.F. 97046920589 – Cod. M.P.I. RMIS063007 – Distretto 26 – Ambito 8

PEO: rmis063007@istruzione.it PEC: rmis063007@pec.istruzione.it SITO: www.liceoseneca.edu.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.

☐ NUOVI GIOCHI DELLA GIOVENTU' 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, aggiornato con Decreto del Ministero della Salute 08/08/2014 e successiva
nota esplicativa 16/06/2015.

Data _____

Timbro della Scuola

Il Dirigente Scolastico

Dott.ssa Anna Canestrella

.....
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 consentiti dalla legge.

_____, lì _____

Il Medico certificatore

(timbro e firma)