**RICHIESTA DI RILASCIO DEL CERTIFICATO DI IDONEITÀ' ALLA PRATICA DI ATTIVITÀ' SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO IN AMBITO SCOLASTICO**

**(D.M. 24/04/2013 E SUCCESSIVE MODIFICHE)**

La sottoscritta Marianna Cappiello, Dirigente Scolastico dell’I.C. Tasso di Sorrento,

**Chiede**

che l'alunno (cognome e nome) ……………………………………. nato a …………….…………… il …………………., frequentante la classe ………. venga sottoposto al controllo sanitario di cui al D.M. 24 aprile 2013 e successive modifiche per la pratica di attività sportive non agonistiche relative ai progetti sportivi inseriti nel POF d'istituto. Ai sensi del DCPM 28 novembre 2003.

Il certificato di idoneità sportiva di tipo non agonistica deve essere rilasciato sul modello previsto dal DM 08/08/2014 e ha validità un anno da quando è rilasciato.

Sorrento, lì …………………………..

Il Dirigente Scolastico

Marianna Cappiello

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Certificato di idoneità alla pratica sportiva di tipo NON agonistico**

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 del rilascio.

Luogo, ……………… Data …………………..

Timbro FIRMA del medico Certificatore