Ministero dell'Istruzione e del Merito - Uff. Scolastico Regionale per il Lazio
Istituto d'istruzione Secondaria Superiore
J. von Neumann
Sede centrale: Via Pollenza, 115 - 00156 ROMA – Tel. 06.1211.23.265
Succursale: Via del Tufo, 27 – 00158 ROMA – Tel. 06.1211.27.390
Cod. Fisc. 97197030584 – Cod. univoco UFO7AY – Codice tesoreria unica 348 0315980
Cod. Mecc. Istituzione Scolastica RMIS022001 - ITT/LS S.A. J. von Neumann RMTF02202E
ITT Rebibbia RMTF02201D - ITE Rebibbia RMTD022017 - IPSC Rebibbia RMRC02201X - ITT Corso Serale RMTF02250T
e-mail: rmis022001@istruzione.it - pec: rmis022001@pec.istruzione.it - sito web: www.vonneumann.edu.it

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

In qualità di rappresentante dell'I.I.S.S "J.V. NEUMANN" di Roma, dichiaro che

l'alunno/a _____

nato/a _____ il _____

svolgerà attività fisico-sportive non agonistiche e/o parteciperà ai Campionati Sportivi Studenteschi, nelle fasi precedenti quelle nazionali, finalizzate alla partecipazione a gare, campionati, competizioni tra atleti e/o manifestazioni sportive. Tali attività potranno essere organizzate dal MIUR o da Federazioni o Enti pubblici e privati o reti di scuole o dai Centri Sportivi Scolastici. Per tale motivo chiedo al medico curante dell'alunno/a suindicato/a, secondo quanto previsto dall'art. 1 del DM 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 gratuito** di un certificato di idoneità per la pratica di attività sportiva non agonistica in ambito scolastico.

Data .....

F.to La Dirigente Scolastica
Tiziana Colarusso
Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3 comma 2 del
D.Lgs n° 39/1993

CERTIFICATO DI IDONEITA'
ALLA PRATICA DI ATTIVITA' SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICA
(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 alla data del rilascio.

Data_____ Firma e timbro del medico certificatore

_____