

Trezzano s/n,

Al Sig Medico curante

dello/a Studente/ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La sottoscritta Annarita Mercogliano Dirigente Scolastica dell’ ICS Gobetti

CHIEDE

alla S.V. il rilascio di un certificato di idoneità all’attività sportiva non agonistica allo/a studente/ssa sopracitato/a

Il Dirigente Scolastico

—------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

CERTIFICATO IDONEITA’ SPORTIVA NON AGONISTICA

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nat\_\_a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_ n. iscrizione al S.S.N. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ai sensi e per gli effetti dell’art. 1 – lettere a) e c) del D.M. 28/02/1983 e dell’allegato H del DPR 272 del 28.07.99

il soggetto sulla base della visita in data …………………. risulta in stato di buona salute e non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportive non agonistiche.

Il presente certificato ha validità annuale alla data del rilascio e può essere utilizzato solo per uso scolastico.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Timbro e firma

**NB: Certificato gratuito - Codice esenzione ticket per ECG n.I01** (come da circolare del 26/03/2015)

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