



**ISTITUTO COMPrensIVO
di COLMURANO**
<http://www.iccolmurano.edu.it>



Prot. e data in segnature

Ai genitori degli alunni della Scuola Secondaria di 1°

Oggetto: Certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva di tipo non agonistico per uso scolastico in base al D.M. 24/04/2013.

La sottoscritta prof.ssa Angela Fiorillo, nella sua qualità di legale rappresentante dell'Istituto Comprensivo di Colmurano, chiede che l'alunno/a:

cognome e nome nato/a a il

frequentante la classe presso la Scuola Secondaria 1° di nell'a.s. 2022/2023, venga sottoposto al controllo sanitario di cui al D.M. 24 aprile 2013 per la pratica di attività sportiva di tipo non agonistico, deliberata nel Piano Triennale dell'Offerta Formativa del nostro istituto. Nello specifico per le attività sportive non agonistiche in ambito scolastico (punti a e c dell'art. 1 del DM 28/2/83), e cioè le certificazioni per attività fisico-sportive organizzate dagli organi scolastici nell'ambito delle attività parascolastiche, per le attività inserite nei P.O.F. (Piani Offerte Formative) e per i Giochi sportivi studenteschi nelle fasi provinciali e regionali precedenti quella nazionale.

Si precisa che il rilascio del certificato di idoneità all'attività sportiva di tipo non agonistico, a **titolo non oneroso**, dovrà essere rilasciato secondo quanto previsto dal D.M. 8 agosto 2014 "Linee guida di indirizzo in materia di certificati medici per l'attività sportiva non agonistica".

Di seguito si riporta il fac simile del Certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva di tipo non agonistico da compilare da parte del medico (e da restituire alla scuola).

Si ringrazia per la collaborazione e si inviano cordiali saluti.

La Dirigente
(Prof.ssa Angela Fiorillo)



ISTITUTO COMPrensIVO di COLMURANO
62020 - COLMURANO - C.da Piano, suc - 0733 506897
mcic818004@istruzione.it - mcic818004@pec.istruzione.it - c.f. 92010980438 - c.m. mcic818004

Fac simile di Certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva di tipo non agonistico D.M. 24/04/2013

Il sottoscritto Dott. _____

Certifica che l'alunno/a

Cognome: _____ Nome: _____

Nato/a a _____ () il _____ residente a _____

in Via _____ frequentante la classe _____ nell'a.s. _____

sulla base della visita medica 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.

Il presente certificato viene rilasciato, a richiesta del Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo di Colmurano, ai sensi e per gli effetti della vigente normativa e sarà acquisito agli atti dell'Istituzione Scolastica e non sarà riprodotto in alcuna forma né utilizzato per scopi diversi da quello scolastico.

Luogo, data, timbro e firma del medico certificatore

_____ Firma del Medico