



Cambridge Assessment
International Education

Cambridge International School



Ministero dell'Istruzione e del Merito
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
LICEO CLASSICO STATALE UGO FOSCOLO
Ambito territoriale N. 15 Lazio



Via San Francesco d'Assisi, 34 - 00041 Albano Laziale (Roma)
C.M.:RMPC26000Q - C.F.:82005420581 - C.U.: UFVPPY
Tel. 06.121128285 - sito: [http:// www.liceougofoscolo.edu.it](http://www.liceougofoscolo.edu.it)
PEO: rmipc26000q@istruzione.it; PEC: rmipc26000q@pec.istruzione.it

ANNO SCOLASTICO _____

Il Dirigente Scolastico dell'Istituto Liceo Ginnasio Ugo Foscolo di Albano Laziale 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" (nota della Regione Lazio- Direzione Regionale Salute e Integrazione sociosanitaria - Area promozione della salute e prevenzione prot. RL 878666 del 14/10/2020).

☐ **CAMPIONATI STUDENTESCHI NELLE FASI PRECEDENTI A QUELLA NAZIONALE**

Al fine di consentire 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 e successive modifiche e integrazioni.

Data _____

Timbro della Scuola



Il Dirigente Scolastico

Prof.ssa Adele Bottiglieri

(Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai
sensi dell'articolo 3, comma 2 del D.lgs. 39/93)

.....

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 consenti dalla legge.

_____, li _____

Il Medico certificatore

(timbro e firma)