



**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "CARD. G. B. DUSMET"**

**SCUOLA INFANZIA PRIMARIA E SECONDARIA DI PRIMO GRADO**

**SCUOLA A INDIRIZZO MUSICALE**

COD. FISC. 80011980879 - COD. MECC. CTIC83900G

Via Monti Rossi, 14 - 95030 - NICOLOSI - Tel. 095911420 - 095911340

e-mail: ctic83900g@istruzione.it - pec: ctic83900g@pec.istruzione.it

www.scuoladusmetnicolosi.edu.it

**RICHIESTA DI CERTIFICAZIONE DI IDONEITA' ALLA PRATICA DELL'ATTIVITA' SPORTIVA NON AGONISTICA AD USO ESCLUSIVO SCOLASTICO**

ai sensi del D.M. 24/4/2013, della L. 98 9/8/2013, della L. 125 30/10/2013, del DM. 8/8/2014, del D.I. 28/2/2018.

Protocollo n° 7744 (Rif. Circolare n. 40 a.s.2024-2025)

La sottoscritta, Dirigente Scolastico dell'I.C. "G.B. Dusmet" Nicolosi

per l'alunno/a \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

il rilascio di certificato di idoneità alla pratica sportiva non agonistica gratuito, ad uso esclusivo scolastico, ovvero per attività parascolastiche in orario extracurricolare e quelle relative al Centro Sportivo Scolastico.

Nicolosi,

Il Dirigente Scolastico  
Prof.ssa Maria Nicolosi

**CERTIFICAZIONE DI IDONEITA' ALLA PRATICA DELL'ATTIVITA' SPORTIVA NON AGONISTICA AD USO ESCLUSIVO SCOLASTICO**

ai sensi del D.M. 24/4/2013, della L. 98 9/8/2013, della L. 125 30/10/2013, del DM. 8/8/2014, del D.I. 28/2/2018, dell'art. 44 comma 2 lettera H dell'ACN 15/12/2005

Vista la richiesta effettuata e sottoscritta dall'Autorità scolastica in data \_\_\_\_\_, si certifica che

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nat. a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ n. iscrizione al S.S.N. \_\_\_\_\_

sulla base della visita da me effettuata, dei valori di pressione arteriosa rilevati, nonché del referto

del tracciato E.C.G. eseguito 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.

Data \_\_\_\_\_, li \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Il medico

(timbro e firma)