| **REPUBBLICA****ITALIANA** | Dati dell’Istituto | **PROVINCIA AUTONOMA****DI TRENTO** |
| --- | --- | --- |
|  |  |

**CERTIFICAZIONE PER ATTIVITA’ SPORTIVA**

**NON AGONISTICA IN AMBITO SCOLASTICO**

**Legge n. 125 del 30 ottobre 2013 – decreto ministro della salute 8 agosto 2014**

Il Dirigente Scolastico dell’Istituto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDE

per il/la proprio/a allievo/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il rilascio del **certificato di idoneità alla pratica sportiva non agonistica**

poiché ammesso a partecipare alle fasi provinciale e regionale dei Campionati Studenteschi.

| Luogo e data | Timbro dell’Istituto | Timbro e firma del Dirigente Scolastico |
| --- | --- | --- |

|  Certificazione del medico curante L’alunna/o, 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.*Si rilascia gratuitamente, ai sensi della delibera PAT 1939 del 10 novembre 2014***Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio** Luogo e data Il Medico  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| --- |