***Ufficio Scolastico Regionale per la Sicilia***

Il sottoscritto, Dirigente Scolastico della scuola /Istituto Istruzione Superiore “P.L. Nervi-Alaimo” LENTINI-

dichiara che lo studente/alunno……………………………………..………………….……………………,

nato a………………………...………………….. il ……………………….., svolgerà attività fisico-sportiva non agonistica e/o parteciperà ai “Campionati Studenteschi” nelle fasi precedenti quelle nazionali nelle seguenti specialità:…………………………………………………………………………………,nell’ambito di attività parascolastiche organizzate da codesto organo scolastico e per tale motivo chiede al medico curante, secondo quanto previsto *dall’art.1 del D.M. 28.02.1983 – L.R. 15.12.1994, n.94* e dal *D.P.R 272/00 allegato H,* il rilascio di un certificato di stato di buona salute per la pratica di tali attività sportive non agonistiche in ambito scolastico.

Data,……………………

IlDirigente Scolastico

***CERTIFICO CHE***

Cognome...............................................................Nome...........................................................................................

Nata/oa ...........................................................................................il………………….…………………………,

residentea.....................................................................Via…………………………………..................................

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, è in stato di buona salute e non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva non agonistica in ambito scolastico per le specialità sopra indicate ad eccezione della………………………………………………………………………………...

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio. Luogo, data, timbro e firma del medico certificatore

*Sirilasciagratuitamente,aisensidell’art.29dell’ACN,surichiestadelCapod’Istituto, per gli usi consenti dalla legge (D.M.28/02/83).*

………………………, ………………………

*Firmaetimbrodel medico*