



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE DEL LAZIO
**ISTITUTO COMPRENSIVO
"DONATELLO"**



ASAL

VIA MILLET, 21 - 00133 ROMA - ☎ 06/2056410
DISTRETTO 16 - AMBITO IV - CODICE FISCALE: 97712790589
CODICE MECCANOGRAFICO: RMIC8E5004
RMAA8E5011 SCUOLA DELL'INFANZIA - RMEE8E5016 SCUOLA PRIMARIA
RMMM8E5015 SCUOLA SECONDARIA PRIMO GRADO (VIA GROTTA CELONI 20)
EMAIL: RMIC8E5004@ISTRUZIONE.IT - PEC: RMIC8E5004@PEC.ISTRUZIONE.IT
SITO WEB: WWW.ICDONATELLO.EDU.IT - CODICE UNIVOCO UFFICIO: UFJUVX

ANNO SCOLASTICO 2026-2027

Il Dirigente Scolastico dell'Istituto, Prof. Guglielmo Caiazza, 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.
- ☐ CAMPIONATI STUDENTESCHI NELLE FASI PRECEDENTI A QUELLA NAZIONALE;

Al fine di consentirgli 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 _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof. Guglielmo CAIAZZA

Firma autografa a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3 comma 2 del D.Lgs n° 39/1993

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.

_____, lì _____

Il Medico certificatore (timbro e firma)