



**MINISTERO DELLA ISTRUZIONE DELL'UNIVERSITA' E RICERCA**  
**UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO**  
**ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE "I.T.C. DI VITTORIO - I.T.I. LATTANZIO"**  
Via Teano, 223 - 00177 Roma ☎ 06121122405 / 06121122406- fax 062752492  
Cod. Min. RMIS00900E ✉ [rmis00900e@istruzione.it](mailto:rmis00900e@istruzione.it) - [rmis00900e@pec.istruzione.it](mailto:rmis00900e@pec.istruzione.it)  
Cod. fiscale. 97200390587

**RICHIESTA DEL RILASCIO DEL CERTIFICATO DI IDONEITA' PER LA PRATICA  
DI ATTIVITA' SPORTIVA NON AGONISTICA IN AMBITO SCOLASTICO**

Il Dirigente Scolastico, chiede che l'alunno \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ frequentante la classe  
\_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ venga sottoposto al controllo sanitario di cui al D.M. del 24/04/2013 e  
successive modifiche ed integrazioni per la pratica attività sportive non agonistiche relative alle  
attività scolastiche e parascolastiche deliberate dagli organi collegiali e ai "Giochi Sportivi  
Studenteschi" per tutte le fasi che precedono quella nazionale

Data, \_\_\_\_\_

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Prof. Claudio DORE.

**CERTIFICO CHE**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

in base alla visita da me effettuata è in stato di buona salute e non presenta controindicazioni alla  
pratica di attività sportiva non agonistica in ambito scolastico

Si rilascia per gli usi consentiti dalla legge (D.M. del 24/04/2013 e successive modifiche ed  
integrazioni) e per solo uso scolastico.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio

Data, \_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico