

Ufficio Scolastico Regionale per la Basilicata - Ufficio Coordinamento per l'Educazione Fisica -

Il sottoscritto, Dirigente Scolastico della Scuola/Istituto di TITO
dichiara che lo studente/alunno,
nato a il, svolgerà attività
fisico-sportiva non agonistica e/o parteciperà ai **“Giochi Sportivi Studenteschi 2021 - 2022”** nelle fasi
precedenti quelle nazionali, 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,

Firma del Capo d’Istituto e timbro

CERTIFICO CHE

Cognome Nome

Nato a il

Residente a Via

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

*Si rilascia gratuitamente, ai sensi dell’art. 29 dell’ACN, su richiesta del Capo d’Istituto, per gli usi
consenti dalla legge (D.M.28/02/83).*

**Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio ed è valido esclusivamente in copia
originale e per il solo uso scolastico.**

Firma e timbro del medico