



ISTITUTO COMPRESIVO
S.D'ACQUISTO
CERVETERI



MINISTERO DELL' ISTRUZIONE

Distretto 30° - Via Settevene Palo, 33 - 00052

Codice Fiscale: 91064910580 **Tel:** 06 99551100

Sito: www.icsdacquisto.edu.it Email: rmic8dc00t@istruzione.it Pec: rmic8dc00t@pec.istruzione.it

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 s.m.

fimp
Federazione Italiana Movimento Pedagogico
F.I.M.P. di Roma e Provincia

RICHIESTA DI CERTIFICAZIONE DI IDONEITA' ALLA PRATICA DELL'ATTIVITA' SPORTIVA NON AGONISTICA AD USO ESCLUSIVO SCOLASTICO

ai sensi del D.M.S. del 28/02/1983, art.1 lettere a) e c) e del DPR 272 del 28/07/00,
ai sensi della L. 98/2013 e successive modificazioni L.125/2013, DM.8/8/2014

La sottoscritta, Velia Ceccarelli, Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo Salvo D'Acquisto di Cerveteri chiede per l'alunno _____ nato/a a _____ il _____, residente a Cerveteri _____, classe _____ certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva non agonistica gratuito, ad uso esclusivo scolastico, per uno dei seguenti motivi:

- A) l'alunno/a prenderà parte ad attività parascolastiche in orario extracurriculare, con partecipazione attiva e responsabile dell'insegnante, finalizzate alla partecipazione alle seguenti gare o campionati caratterizzate da competizioni tra atleti. (specificare il tipo di attività)
- _____
- B) l'alunno/a è stato/a selezionato/a per partecipare alle fasi successive a quelle di Istituto o di rete di Istituti (sovraintesi da un'unica autorità scolastica) per i seguenti Giochi Sportivi Studenteschi. (specificare il tipo di attività)
- _____
- C) l'alunno/a parteciperà a manifestazioni sportive organizzate dal seguente Ente pubblico privato CCR Orienteering Roma come previsto dal PTOF (Piano Triennale Offerta Formativa) - con le modalità previste alla lettera A) (specificare il tipo di attività):
Esercitazioni e gare di orienteering organizzate da CCR Orienteering Roma

Data 13.09.2021


La Dirigente Scolastica
(timbro e firma)



CERTIFICAZIONE DI IDONEITA' ALLA PRATICA DELL'ATTIVITA' SPORTIVA NON AGONISTICA AD USO ESCLUSIVO SCOLASTICO

ai sensi del D.M.S. del 28/02/1983, art.1 lettere a) e c) e del DPR 272 del 28/07/00, ai sensi della L. 98/2013 e successive modificazioni L.125/2013, DM.8/8/2014

Vista la richiesta effettuata e sottoscritta dall'Autorità scolastica in data _____
Si certifica che _____ nato/a a _____ il _____, residente a Cerveteri _____, sulla base della visita medica da me effettuata, dei valori di pressione 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

Data/...../.....

(timbro e firma)