



Ministero dell'Istruzione e del Merito
Ufficio Scolastico Regionale del LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI OLEVANO ROMANO
PIAZZA KAROL WOJTYLA, 1 - 00035 OLEVANO ROMANO (RM)
Tel. 069564021 069564039 Fax. 0695609184 - Codice Fiscale: 93008700580
e-mail:rmic8am006@istruzione.it - icolevanoromano.edu.it

ANNO SCOLASTICO 2025/26

VISTA la circolare della regione Lazio prot. 8786666 del 14-10-2020 - **AREA PROMOZIONE SALUTE E PREVENZIONE;**

La Dirigente Scolastica IC OLEVANO ROMANO

dichiara che l'alunno/a _____ nato/a a _____ il _____ iscritto e frequentante la classe _____ sez. _____ plesso _____ 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 MIM 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 _____

La Dirigente Scolastica
Prof.ssa Antonella ISOPI

.....
CERTIFICATO DI DONEITA'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.

_____, li _____

Il medico certificatore

timbro e firma