



**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 consentiti dalla legge.*

\_\_\_\_\_, *li* \_\_\_\_\_

**Il medico certificatore**

\_\_\_\_\_

**timbro e firma**