



CERTIFICATO MEDICO PER ATTIVITA' SPORTIVA NON AGONISTICA

Il Coordinatore didattico dell'Istituto Padre Angelico Lipani, dichiara che lo studente / alunno:
..... nato a Il, svolgerà attività
fisica sportiva non agonistica nell'ambito di attività parascolastiche organizzate dall'Istituto e da
Enti pubblici e privati. Per tale motivo chiede al medico curante, secondo quanto previsto dall'art.3
del Decreto interministeriale del 24/04/2013, modificato dall'art. 42 bis del D.L. n. 69/2013,
convertito dalla legge n.98/2013 e s.m. il rilascio di un certificato di stato di buona salute per la
pratica di tali attività sportive non agonistiche in ambito scolastico.

Data,/...../2019

Il Coordinatore didattico
Prof. Antonio Misantone

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3, comma 2 del D. L.vo n° 39/93

CERTIFICO CHE

Cognome Nome Nato a
..... il Residente a

Via.....

sulla base alla visita medica da me effettuata, nonché del referto del tracciato E.C.G. eseguito in
data è in stato di buona salute e non presenta controindicazioni alla pratica di attività
sportiva non agonistica in ambito scolastico.

Si rilascia gratuitamente su richiesta del Dirigente Scolastico, per gli usi consentiti dalla legge.

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

Roma,

Firma e timbro del medico

.....