|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  | Ministero dell’IstruzioneUFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO**ISTITUTO COMPRENSIVO 3° - SORA****VIA PIEMONTE N. 20 03039 SORA (FR)** |  |
| Sedi associate: FRMM851013 S. MEDIA “E. FACCHINI” –FREE851025 S. PRIMARIA “A. LAURI” - FREE851014 S. PRIMARIA VALLERADICEFRAA85102X S. INFANZIA “RIONE INDIPENDENZA” - FRAA85101V S. INFANZIA COMPRE S. VINCENZOSito web**:** [**http://www.istitutocomprensivo3sora.edu.it**](http://www.istitutocomprensivo3sora.edu.it)e-mail **fric851002@istruzione.it** Pec: **fric851002@pec.istruzione.it** **tel 0776/831151 fax 0776/1724760****C. Fiscale 91024370602 Codice Univoco Fatturazione: UFV8PA** **C. Meccanografico FRIC851002** |

Modulo per la richiesta di certificazione per attività sportiva non agonistica in ambito extrascolastico.

Io sottoscritta Dirigente Scolastica Marcella Maria Petricca, in qualità di rappresentante dell’Istituto Comprensivo 3 SORA di Sora, dichiaro che

l’alunno/a ………………………………………………………………………………………………………………

nato/a ……………………………………………………………………………………… il …………………………

* svolgerà attività fisico-sportiva non agonistica in orario extracurricolare organizzate da questo Istituto con la partecipazione attiva dell’insegnante;

e per tale motivo chiedo al medico curante dell’alunno/a suindicato/a, secondo quanto previsto dall’art. 1 del D.M. 28.02.1983 – L. R. 15.12.1994 n. 94, dalla C.R. n.36 del 2/100/1998 e dall’ACN PLS 15/12/2005, il rilascio di un certificato di stato di buona salute per la pratica di tali attività sportive **non agonistiche in ambito scolastico**.

Data ………………………………………….

Il Dirigente Scolastico

 Dottoressa Marcella Maria Petricca

**CERTIFICO CHE**

Cognome ……………………………….…………………………… Nome ……………………………………………….

nato/a a ………………………………………………………………………………. il …………………………………….

residente a …………………………………………… via ………………………………………………………………….

in base alla visita medica da me effettuata risulta in stato di buona salute e non presenta

controindicazioni alla pratica di attività sportiva non agonistica in ambito extrascolastico.

Si rilascia gratuitamente, ai sensi dell’art. 44 dell’ACN PLS, su richiesta del Capo d’Istituto, per gli usi consentiti dalla legge (D. M. 28.02.1983).

IL PRESENTE CERTIFICATO HA VALIDITA’ ANNUALE DALLA DATA DEL RILASCIO ED E’ VALIDO ESCLUSIVAMENTE IN COPIA ORIGINALE E **PER IL SOLO USO SCOLASTICO**.

Data ……………………………………………

Firma e timbro del medico curante ………………………………………………………..