****

**Istituto d’Istruzione Superiore Professionale “ROSARIO LIVATINO”**

00036 Palestrina (Rm) – C.F. 93008740586 - Codice Univoco YTQSVI

email: rmis00400b@pec.istruzione.it- [rmis00400b@istruzione.it](mailto:rmis00400b@istruzione.it)

www.professionalepalestrina.edu.it

Tel 0699180189

Il Dirigente Scolastico dell’Istituto di Istruzione Superiore professionale “Rosario Livatino”

Dichiara che lo/a studente/essa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Frequentante la classe \_\_\_\_\_\_\_\_ sez.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo di studio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Barrare la voce che interessa

**□** svolgerà attività fisico-sportiva non agonistica in orario extracurricolare con la partecipazione attiva dell’insegnante (all. H ACN PLS 15/12/2005);

**□** parteciperà ai “Giochi Sportivi Studenteschi (nelle fasi precedenti quelle nazionali, successive a quelle d’istituto o rete di istituti; (da richiedere al momento dell’utilizzo).

E per tale motivo chiede al medico curante, secondo quanto previsto dall’art. 1 lett. A del D.M. 28/02/1983 dalla C.RN° del 02/10/1998 e dall’ACN PLS 15/12/2005, il rilascio di un certificato di stato di buona salute per la pratica di tale attività sportiva non agonistica in ambito scolastico.

Palestrina, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Dirigente Scolastico

Prof.ssa Annamaria Conti

Firma autografa omessa ai sensi dell’art. 3 D. Lgs n. 39/1993

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CERTIFICO CHE**

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In base alla visita medica da me effettuata è in stato di buona salute e non presenta controindicazioni alla pratica di attività sportiva non agonistica in ambito scolastico.

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. 28/02/83 art. 1 lettere a e c)

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

Firma e timbro del medico

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_