



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA
USR-LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO VIA LATINA 303
 Via Latina, 303 – 00179 ROMA
 17° Distretto – Municipio VII (ex IX) - tel. 06 893 71 483 - fax 06 893 74 949
 Cod. Fisc. 80223110588 - Codice Meccanografico RMIC8CV00V
 e-mail: rmic8cv00v@istruzione.it - PEC: rmic8cv00v@pec.istruzione.it
 Sito: www.ic-vialatina303.it



Mod. 513

Anno Scolastico _____

Il Dirigente Scolastico dell' I.C. "Via Latina 303" dichiara che

l'alunno _____


nato a _____ il _____

classe _____ sez _____ plesso _____

è stato selezionato per partecipare a:

- ATTIVITA' FISICO-SPORTIVE ORGANIZZATE DAGLI ORGANI SCOLASTICI NELL'AMBITO DELLE ATTIVITA' PARASCOLASTICHE;
- GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI – FASI PROVINCIALI E REGIONALI;
- MANIFESTAZIONI SPORTIVE INSERITE NEL P.T.O.F.

Al fine di consentirgli detta pratica sportiva si ha la necessità di acquisire la certificazione medica attestante il suo stato di buona salute. Si chiede, pertanto, che l'alunno venga sottoposto a visita medica gratuita, che, ai sensi del D.M. 28/02/1983 art. 2, 1° comma e D.P.R. 270 e 272 del 28/07/2000 (G.U. del 2/10/2000) deve avvenire preventivamente alla pratica di detta attività.


ISTITUTO Comprensivo Scuola
"VIA LATINA 303"
(in originale)
 Via Latina n. 303 - 00179 ROMA
 17° DISTRETTO - Tel./ Fax 06.7880095
 Cod. Fisc. 80223110588
 Cod. Mecc. RMIC8CV00V



Il Dirigente Scolastico

Fosca Spie

firma in originale

SI CERTIFICA CHE

Cognome _____ Nome _____

nato a _____ il _____

residente a _____ CF _____

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, risulta in stato di buona salute e non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportive non agonistiche.
 Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio ed è valido esclusivamente per il solo uso scolastico.

Il Medico

li, _____

_____ timbro e firma