



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio
LICEO SCIENTIFICO STATALE "ASCANIO LANDI"

Via Salvo D'Acquisto, 61 - 00049 Velletri (Roma) - Tel. 06121125780 - Fax 069626943 - C.F. 95018790584
Sito web: <http://www.liceolandi.gov.it> - E-mail: rmps320009@istruzione.it - P.E.C.: rmps320009@pec.istruzione.it

**Richiesta di certificato di stato di buona salute
per la pratica di attività sportive non agonistiche in ambito scolastico**

Si rende noto che la studentessa/lo studente _____, nata/o a _____ il _____, iscritta/o nell'anno scolastico _____ al Liceo Scientifico Statale "A. Landi" di Velletri, svolgerà attività fisico-sportiva non agonistica nell'ambito delle iniziative parascolastiche dell'Istituto. Si richiede pertanto al medico curante, secondo quanto previsto dall'art. 1 del D.M. 28/02/83 - L.R. 15/12/1994, n. 94, il rilascio di un certificato di stato di buona salute per la pratica di attività sportive non agonistiche in ambito scolastico.

Firma del Dirigente Scolastico
Prof.ssa Simonetta De Simoni

Certifico che la studentessa/lo studente _____, nata/o a _____ il _____, residente in _____, località _____, 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 per le specialità sopra indicate (ad eccezione di _____).

Si rilascia gratuitamente, ai sensi dell'art. 29 dell'ACN, su richiesta del Capo d'Istituto, per gli usi consentiti dalla legge (D.M. 28/02/83).

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

Data

IL MEDICO
