MINISTERO ISTRUZIONE, UNIVERSITA' , RICERCA
LICEO CLASSICO STATALE ***SALVATORE QUASIMODO***
CLASSICO-LINGUISTICO-MUSICALE-SCIENZE UMANE
Via Volta 25 - 20013 **MAGENTA** Tel. 02/9794892
Mail :MIPC140005@istruzione.it ; MIPC140005@pec.istruzione.it
Codice fiscale : 93005930156 cod. univoco uff. : UFCD4L

Modulo per la richiesta di certificazione per attività sportiva non agonistica del Centro Sportivo Scolastico

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

del Liceo Classico "S. Quasimodo", dott.ssa Donata Barbaglia

DICHIARA

Che l'alunno/a …….

nato/a a ……il …….frequenta la classe……sez.....

indirizzo ……

di questo Liceo ed è iscritto al Centro Sportivo Scolastico (Gruppo sportivo) e parteciperà alle attività sportive correlate e/o ai Campionati Studenteschi, così come previsto dal PTOF di questo Istituto.

Per tale motivo chiede al medico curante, *secondo quanto previsto dall'art.3 del D.M. 24/04/2013 - modificata ort, 42bis L. 9/8/2013, n. 98 del D.L. n. 69/2013, e dal DM 8/8/2014 del Ministero della Salute recante 'Linee guida di indirizzo in materia di certificati medici per l'attività sportiva non agonistica'*, il rilascio di un certificato di stato di buona salute per la pratica delle suddette attività sportive.

Magenta, il……..

Il dirigente scolastico
(dott.ssa Donata Barbaglia)
Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3 c.2 d.lgs. 39/93