



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO  
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO

**I.C. VIA LUIGI RIZZO 1**

**I Municipio di Roma – XXV Distretto**

SEDE CENTRALE: Via Luigi Rizzo, 1 - 0639720006 fax: 0639720007

SCUOLA PRIMARIA G.B.VICO: Piazzale degli Eroi, 14 - 0639720006 fax: 0639720007

SCUOLA PRIMARIA A.B.CAIROLI: Via G. Bruno, 2 - 0639742309 fax: 0639886021

SEDE SC. SECONDARIA I° GRADO L. ARIOSTO: Via Luigi Rizzo, 1 - 0639720006 fax: 0639720007

web: [www.icvialuigrizzo.edu.it](http://www.icvialuigrizzo.edu.it)

[rmic848001@istruzione.it](mailto:rmic848001@istruzione.it) – PEC: [rmic848001@pec.istruzione.it](mailto:rmic848001@pec.istruzione.it)

Codice Meccanografico: RMIC848001 – C.F. 97199530581

Allegato 2

**RICHIESTA DI RILASCIO DEL CERTIFICATO DI IDONEITA' ALLA PRATICA DI ATTIVITA' SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO IN AMBITO SCOLASTICO (D.M. 24/04/2013 E SUCCESSIVE MODIFICHE)**

Con la presente la sottoscritta Dott.ssa Isabella Iannuzzo, dirigente scolastico dell'Istituto comprensivo "Via Luigi Rizzo, 1" di Roma CHIEDE che l'alunno/a ..... nato/a a ..... il ..... frequentante la classe e sezione ..... della scuola secondaria di primo grado, venga sottoposto al controllo sanitario di cui al D.M. 24 aprile 2013 e successive modifiche per la pratica di attività sportive non agonistiche (attività fisico-sportive organizzate dagli organi scolastici nell'ambito delle attività parascolastiche e giochi sportivi studenteschi nelle fasi precedenti a quella nazionale) relative ai progetti sportivi inseriti nel PTOF d'Istituto. Ai sensi del DCPM 28 novembre 2003, il certificato di idoneità alla pratica sportiva di tipo non agonistico DEVE essere rilasciato dal pediatra GRATUITAMENTE come specificato dal Ministero della salute – Servizio Sanitario Nazionale – Assistenza sanitaria di base – Prestazioni e certificati gratuiti.

[\(SITO: Il pediatra di libera scelta - Assistenza sanitaria di base \(salute.gov.it\)\)](#)

**La Dirigente scolastica**

**Dott.ssa Isabella Iannuzzo**

(Firma autografa sostituita da  
Indicazione a mezzo stampa ai sensi  
Dell'art. 3, co. 2, del D. Lgs n. 39/93)

Il presente modello deve essere presentato al medico certificatore compilato in ogni sua parte.

Certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva di tipo non agonistico

Cognome .....Nome .....Nata/o a .....  
..... il .....residente  
in .....

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, dei valori di pressione arteriosa rilevati, nonché del referto del tracciato ECG eseguito in data ....., non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva non agonistica.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

Luogo..... data .....

Timbro e firma del medico certificatore