



LICEO SCIENTIFICO STATALE - "L. SICILIANI"-CATANZARO
Prot. 0001631 del 15/02/2024
IV (Uscita)

Ai genitori dello/a
studente/ssa

Al medico curante dello/a studente/ssa

Oggetto: richiesta certificato medico studente/ssa _____ classe _____

Con la presente si richiede, a norma dell'art. 44 dell'ACN della Pediatria di libera scelta e dell'art. 44 dell'ACN dei medici di Medicina Generale, il rilascio gratuito di certificato medico per lo/a studente/ssa _____, frequentante la classe _____ di questo Liceo, ai fini dello svolgimento dell'attività sportiva non agonistica di pallavolo inserita nei "Campionati Studenteschi" a.s. 2023/24.

Distinti Saluti

Il Dirigente Scolastico
Filomena Rita Folino
*Firma autografa sostituita con indicazione
a mezzo stampa ex art.3, c.2 D.Lgs n.39/93*

CERTIFICAZIONE PER ATTIVITÀ SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO

Certifico che lo/a studente/ssa nato/a a il

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 ad uso esclusivo scolastico ha validità annuale dalla data del suo rilascio.

Luogo.....

Data/...../.....

IL MEDICO CURANTE
(timbro e firma)

(il certificato deve essere consegnato al Prof. Della Porta Alberto)