

# LICEO SCIENTIFICO CLASSICO SCIENZE UMANE "MARCONI-DELPINO"



Piazza Caduti di Nassiriya 14 – 16043 CHIAVARI (GE)  
Tel. 0185 363057/0185 308385 – Fax 0185 325187  
C.F. 90066960106 – email: [geps17000a@istruzione.it](mailto:geps17000a@istruzione.it)  
Liceo Classico: Salita Gianelli 6 – 16043 CHIAVARI (GE)  
Tel./Fax 0185 309864-65



Liceo delle Scienze Umane: Via S. Chiara 20 – 16043 CHIAVARI (GE)  
Tel./Fax 0185 322346

In riferimento alla Delibera Regione Liguria N° 894 del 7/8/2015

Il Dirigente scolastico del LICEO SCIENTIFICO CLASSICO SCIENZE UMANE "MARCONI-DELPINO" di Chiavari

Dichiara che lo studente/alunno .....

nato a ..... il ..... , svolgerà attività fisico-sportiva non agonistica e/o parteciperà ai "Campionati Studenteschi" e/o a "Classi in gioco" nelle fasi precedenti quelle nazionali, nell'ambito di attività parascolastiche organizzate da codesto organo scolastico e per tale motivo chiede al Medico curante, secondo quanto previsto dall'art.I del D.M. 28.02.1983 dal D.P.R. 272/00 allegato H e dalla nota del Ministero della Salute n. 4608 dell'11.09.2013, il rilascio di un certificato di idoneità alla pratica di attività sportive non agonistiche in ambito scolastico.

Data ..... 06/09/2017 .....



*Donatella Lorenzini*

Firma del Capo d'Istituto e timbro

## CERTIFICATO DI IDONEITA' ALLA PRATICA DI ATTIVITA' SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO

Certifico che

Cognome ..... Nome .....

Nato a ..... il .....

Residente a ..... Via .....

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 in ambito scolastico, ad eccezione delle seguenti discipline sportive:

- 
- 

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 copia originale e per il solo uso scolastico.

.....

.....

Firma e timbro del Medico