

ISTITUTO STATALE 2° GRADO "S.PIZZI"

Prot. 5659

LUOGO, CAPUA

Al Sig Medico curante

dello/a Studente/ssa _____
PROPRIA SEDE

Il sottoscritto **Enrico Carafa** Dirigente Scolastico del Liceo Statale " S.Pizzi " Capua

CHIEDE
alla S.V. il rilascio di un certificato di idoneità all'attività sportiva non agonistica allo/a
studente/ssa sopracitat__



Il Dirigente Scolastico
Prof. Enrico Carafa

Regione CAMPANIA A.S.L. _____

CERTIFICATO IDONEITÀ SPORTIVA NON AGONISTICA

Cognome _____ Nome _____ nat_ a _____

il _____ residente a _____ in via _____ n. _____

n. iscrizione al S.S.N. _____

il soggetto sulla base della visita da me effettuata, dei valori di pressione arteriosa rilevati, nonché del referto del tracciato ECG eseguito in data risulta in stato di buona salute e non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportive non agonistiche.

Il presente certificato ha validità annuale alla data del rilascio e può essere utilizzato solo per uso scolastico.

_____, li _____

Timbro e firma

NB: Certificato gratuito - Codice esenzione ticket per ECG n.I01

Al Dirigente Scolastico
Del _____

I sottoscritt_ _____ residente a _____ via _____

genitore dell'alunn_ _____ iscritt_ alla classe ___ sez. ___
autorizza _I_ propri_ figli_ ad iscriversi al gruppo Sportivo a.s. 2021/22 e partecipare alle attività pomeridiane e alle varie Fasi dei Campionati Studenteschi.

Data _____

Firma del genitore