Ministero dell'Istruzione e del Merito
ISTITUTO di ISTRUZIONE SUPERIORE TELESI@
Via Caio Ponzio Telesino, 26 – 82037 Telese Terme (BN) – tel.0824 976246 - fax 0824 975029
Codice scuola: BNIS00200T – e-mail: bnis00200t@istruzione.it – sito web www.iistelesia.edu.it
e-mail cert.: bnis00200t@pec.istruzione.it – CF: 81002120624 – Cod.Unic.Uff.: UFSIXA

LICEO SCIENTIFICO – LICEO SCIENZE APPLICATE - LICEO CLASSICO - LICEO CLASSICO QUADRIENNALE
LICEO LINGUISTICO –LICEO ECONOMICO SOCIALE - INDIRIZZO PROFESSIONALE – IPIA SERALE

RICHIESTA DI RILASCIO DEL CERTIFICATO DI IDONEITÀ ALLA PRATICA DI ATTIVITÀ SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO

(O.M. 8 agosto 2014 e nota prot.n. 4165 del 16/06/2015 del Ministero della Salute)

La sottoscritta Marlène Viscariello, in qualità di Dirigente scolastico dell'IIS "Telesi@", chiede che l'alunno/a _____, nato/a a _____ il _____, frequentante la classe _____ Indirizzo _____, venga sottoposto/a al controllo sanitario necessario *(O.M. 8 agosto 2014 e nota prot.n. 4165 del 16/06/2015 del Ministero della Salute)* per la pratica di attività sportiva di tipo non agonistico relativa al seguente progetto sportivo, inserito nel Piano Triennale dell'Offerta Formativa d'Istituto 2025/2028:

Tipologia attività	Progetto	Titolo progetto
Attività fisico-sportive parascolastiche, organizzate cioè dalla scuola al di fuori dell'orario di lezione *(O.M. 8 agosto 2014 – Allegato 1 – lettera a)*	Attività di avviamento alla pratica sportiva + Nuovi Giochi della Gioventù a. s. 2026/2027	*Nuovi Giochi della Gioventù*

Telese Terme, 21/11/2026.

LA DIRIGENTE SCOLASTICA
Prof.ssa Marlène Viscariello
Firma autografa sostituita a mezzo stampa - ex art. 3, c. 2, D.lgs. 39/93

CERTIFICATO DI IDONEITÀ ALLA PRATICA DI ATTIVITÀ SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO

(O.M. 8 agosto 2014 e nota prot.n. 4165 del 16/06/2015 del Ministero della Salute)

Regione CAMPANIA – A.S.L. _____

NOME E COGNOME: _____
NATO/A A: _____ IL _____
RESIDENTE A _____ PROV. _____
N° ISCRIZIONE AL S.S.N. _____

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 _____, 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 dalla data del rilascio e può essere utilizzato solo per uso scolastico.

Luogo _____ Data _____

Timbro

Firma del medico certificatore
_____

N.B.: Il certificato di idoneità sportiva non agonistica è gratuito per l'attività sportiva scolastica. Gli esami clinici non sono gratuiti.