



ISTITUTO SUPERIORE D'ISTRUZIONE STATALE "DANTE ALIGHIERI" - GORIZIA

viale XX Settembre, 11 34170 Gorizia tel 0481 530062 fax 0481 530061

e-mail: gois001006@istruzione.it info@isisalighieri.go.it

Sezioni associate:

Liceo Classico "Dante Alighieri" - viale XX Settembre - tel 0481530062 fax 0481530061 e-mail dante@isisalighieri.go.it

Liceo Scientifico "Duca degli Abruzzi" - p.zza Julia - tel 0481530161 - via Randaccio e-mail duca@isisalighieri.go.it

Istituto "Scipio Slataper" - via Diaz - tel 0481531962 fax 0481539455 e-mail slataper@isisalighieri.go.it

Prot. n.7716/C4

**MODULO PER LA RICHIESTA DI VISITA MEDICA
PER L'IDONEITÀ ALL'ATTIVITÀ SPORTIVA NON AGONISTICA
(D.M. 28.02.1983)**

Si richiede per il proprio allievo _____

nato a _____ il _____

residente a _____ via _____

ammesso a partecipare ad attività fisico-sportiva in ambito parascolastico (attività svolta in orario extra curricolare, organizzata dagli Organi scolastici).

Tipo di attività che l'allievo intende svolgere: _____

Alle fasi dei giochi Sportivi Studenteschi (Giochi della Gioventù e Campionati Studenteschi) successive a quelle di istituto e precedenti la fase nazionale.

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(Prof.ssa Laura Fasiolo)**

CERTIFICATO AD USO ESCLUSIVO SCOLASTICO

SI CERTIFICA CHE:

Cognome _____ nome _____

nato a _____ il _____

residente a _____ via _____

In base alla visita medica da me effettuata risulta in stato di buona e non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva non agonistica relativa alla specialità

Si rilascia gratuitamente, ai sensi dell'art. 29 dell'ANC, su richiesta del capo d'Istituto, per gli usi consentiti dalla legge (D.M. 28.02.1983).

Data _____

**IL MEDICO
(timbro e firma)**