

 UNIONE EUROPEA	<b>FONDI STRUTTURALI EUROPEI</b>  <b>2014-2020</b> PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO-FESR	 Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca Dipartimento per la Programmazione Direzione Generale per interventi in materia di edilizia scolastica, per la gestione dei fondi strutturali per l'istruzione e per l'innovazione digitale Ufficio IV MIUR
	<b>LICEO SCIENTIFICO STATALE "A. GRAMSCI"</b> <b>VIA ALBERTON 10/A 10015 IVREA (TO) - Codice Fiscale: 84004690016</b> tel.: 0125.424357 - 0125.424742; fax: 0125.424338 sito web: <a href="http://www.lsgramsci.it">http://www.lsgramsci.it</a> - <a href="http://www.lsgramsci.gov.it">http://www.lsgramsci.gov.it</a> e-mail: TOPS01000G@istruzione.it - TOPS01000G@pec.istruzione.it	

**ANNO SCOLASTICO \_\_\_\_\_**

## Il Dirigente Scolastico del Liceo Scientifico "A. Gramsci" di Ivrea

Dichiara che l'alunno \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
 Il \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ è stato selezionato per partecipare a:

- Campionati Studenteschi fase d'Istituto Corsa Campestre Ottobre 2018
- Attività ginnico-sportive parascolastiche svolte in orario extracurricolare finalizzate alla partecipazione a gare e campionati.
- Attività sportive Liceo Scientifico Sportivo

Per tale motivo chiede al medico curante, il rilascio di un certificato di idoneità alla pratica sportiva di tipo non agonistico.

Data \_\_\_\_\_

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
 (Dott.ssa Daniela VAIO)

(Timbro                      Firma in originale)

SI CERTIFICA CHE

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, dai valori di pressione arteriosa rilevati, nonché dal referto del tracciato ECG eseguito in data \_\_\_\_\_ non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva non agonistica.

Si rilascia gratuitamente, su richiesta del Dirigente Scolastico, per gli usi consentiti dalla legge.

*Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio ed è valido esclusivamente in originale e per il solo uso scolastico.*

Data \_\_\_\_\_

IL MEDICO  
 (Timbro e firma)