

Il sottoscritto, Dirigente Scolastico dell' ISTITUTO TECNICO COMMERCIALE E GEOMETRA  
" LOPERFIDO - OLIVETTI" di MATERA

**DICHIARA**

che lo studente.....nato/a a .....il.....  
svolgerà attività fisico-sportiva non agonistica e/o parteciperà al "**Centro Sportivo Scolastico**"  
**A.S. 2018/2019** nell'ambito di attività parascolastiche organizzate da codesto organo scolastico e  
per tale motivo chiede al medico curante, secondo quanto previsto *dall'art.1 del D.M. 28.02.1983 -  
L.R. 15.12.1994, n.94 e dal D.P.R. 272/00 allegato H*, il rilascio di un certificato di stato di buona  
salute per la pratica di tali attività sportive non agonistiche in ambito scolastico.

Data.....

Il Dirigente Scolastico  
Prof. ssa *Carmelina GALLIPOLO*

---

**CERTIFICO CHE**

Cognome.....Nome.....  
nato/a ..... (.....) il.....  
Residente a .....Via .....

in base alla visita medica da me effettuata è in stato di buona salute e non presenta  
controindicazioni alla pratica di attività sportiva non agonistica per le specialità sopra indicate ad  
eccezione della .....

Si rilascia gratuitamente, ai sensi dell'art.29 dell'ACN, su richiesta del Capo di 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