



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA  
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO

**ISTITUTO COMPRENSIVO “W. A. Mozart”**

00124 ROMA (RM) - Viale di Castel Porziano, 516 - Rom. - C.F. 97067970588 – C.M. RMIC85100R

Email: [rmic85100r@istruzione.it](mailto:rmic85100r@istruzione.it) – Pec.: [rmic85100r@pec.istruzione.it](mailto:rmic85100r@pec.istruzione.it)

Tel 06 50914612

**RICHIESTA DI CERTIFICATO DI IDONEITA' SPORTIVA NON AGONISTICA**

**AD USO SCOLASTICO**

Il sottoscritto **Prof. Giovanni Cogliandro**

Dirigente Scolastico dell'Istituto **I.C. W. A. Mozart**

chiede

il rilascio del certificato medico sportivo non agonistico per le attività sportive parascolastiche previste all'interno del POF (Piano dell'offerta Formativa) ad esclusivo uso scolastico.

per l'alunno/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_

A) l'alunno/a prenderà parte ad attività parascolastiche organizzate in orario extracurricolare, con partecipazione attiva e responsabile dell'insegnante, finalizzate alla partecipazione a gare o campionati caratterizzate da competizioni tra atleti.

B) l'alunno/a prenderà parte ad attività parascolastiche organizzate in orario extracurricolare e finalizzate alla partecipazione a gare dei Giochi Sportivi Studenteschi nelle fasi precedenti la fase nazionale.

C) l'alunno/a parteciperà a manifestazioni sportive organizzate da altri Enti e previste all'interno del POF (Piano dell'offerta Formativa).

Data \_\_\_\_\_

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Prof. Giovanni Cogliandro  
(Timbro e Firma del D.S.)