

**Ministero della Pubblica Istruzione**  
**ISTITUTO STATALE DI ISTRUZIONE SUPERIORE**  
**GUIDO GALLI**

24125 Bergamo, via Gavazzeni 37 – tel 035.319338 – fax 035.315547  
e-mail: [galli@istitutoquidogalli.gov.it](mailto:galli@istitutoquidogalli.gov.it) - sito web: [www.istitutoquidogalli.gov.it](http://www.istitutoquidogalli.gov.it)



**CIRCOLARE N.95**

Prot. N. 7337/C27

Bergamo, 26/11/2015

AI GENITORI  
AGLI STUDENTI  
AI DOCENTI  
AL PERSONALE ATA  
AL DSGA  
SITO/ALBO

**Oggetto: Richiesta Certificato di idoneità alla pratica sportiva di tipo NON agonistico**

Si comunica che, per svolgere tutte le attività sportive non agonistiche (attività extracurricolare cioè svolte al di fuori delle ore di scienze motorie e sportive) relative ai progetti sportivi, ricorre l'obbligo di certificato medico comprensivo di elettrocardiogramma debitamente refertato rilasciato dal medico curante gratuitamente compilando il modulo allegato sotto.

**Il certificato deve essere consegnato entro il 20 febbraio 2016** ai docenti di scienze motorie e sportive delle rispettive classi.

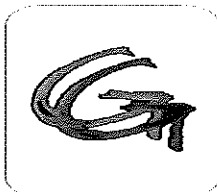
Cordiali saluti

Il Dirigente Scolastico  
Prof. Leonardo Russo

(Firma autografa omessa ai sensi dell'art.3 D.L.n. 39/1993)

**CODICE FISCALE 80028780163**

Succursale: c/o ITCG G. Quarenghi, via Europa 27 - 24125 Bergamo



  
**Ministero della Pubblica Istruzione**  
**ISTITUTO STATALE DI ISTRUZIONE SUPERIORE**  
**GUIDO GALLI**  
 24125 Bergamo, via Gavazzoni 37 – tel 035.319338 – fax 035.315547  
 e-mail: galli@istitutoquidogalli.gov.it - sito web: www.istitutoquidogalli.gov.it



**RICHIESTA DI RILASCIO DEL CERTIFICATO DI IDONEITA' ALLA PRATICA DI ATTIVITA' SPORTIVA DI TIPO  
 NON AGONISTICO IN AMBITO SCOLASTICO (D.M. 24/04/2013 E SUCCESSIVE MODIFICHE)**

SCUOLA / ISTITUTO : **ISTITUTO STATALE DI ISTRUZIONE SUPERIORE GUIDO GALLI DI BERGAMO**

Il sottoscritto **LEONARDO RUSSO** nella sua qualità di legale rappresentante dell' **ISTITUTO STATALE DI  
 ISTRUZIONE SUPERIORE GUIDO GALLI DI BERGAMO**

chiede che l'alunno ..... nato a .....  
 Cognome e Nome

il..... frequentante la classe ..... venga sottoposto al controllo

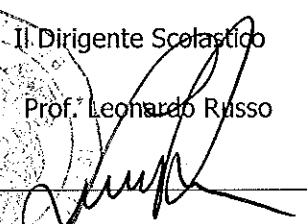
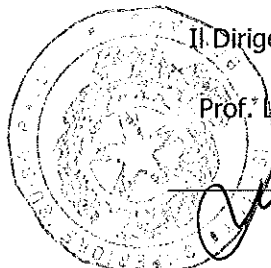
sanitario di cui al D.M. 24 aprile 2013 e successive modifiche per la pratica di attività sportive non agonistiche relative ai progetti sportivi inseriti nel POF d'Istituto. Ai sensi del DCPM 28 novembre 2003. Il certificato di idoneità sportiva di tipo non agonistica deve essere rilasciato sul modello previsto dal DM 08/08/2014 all. 2 e ha validità un anno da quando è rilasciato.

Data .....

Timbro SCUOLA / ISTITUTO

ISTITUTO STATALE DI ISTRUZIONE SUPERIORE  
 "G. GALLI"  
 CODICE FISCALE 80028780163  
 UFFICIO Via Gavazzoni, 37 - BERGAMO - Tel. 035-319338 Fax 035/315547

Il Dirigente Scolastico  
 Prof. Leonardo Russo

Il modello deve essere presentato al medico certificatore compilato in ogni sua parte.

**Certificato di idoneità alla pratica sportiva di tipo NON agonistico**

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 ....., non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva non agonistica.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

Luogo ..... Data .....

Timbro

FIRMA del medico Certificatore

\_\_\_\_\_