



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
LICEO SCIENTIFICO STATALE
"PAOLO RUFFINI"

01100 VITERBO Piazza Dante Alighieri, 13 ☎ 0761/340694 ✉ vtps010006@istruzione.it
Cod.Mecc.VTPS010006 C.F. 80015790563 ✉ vtps010006@pec.istruzione.it; 🌐 www.liceopaoloruffiniviterbo.edu.it;

ANNO SCOLASTICO -----

Il Dirigente Scolastico della Scuola Prof.ssa Claudia Prosperoni

Dichiara che l'alunno _____ nato a _____

il _____ classe _____ è stato selezionato per partecipare a:

- o ATTIVITA' FISICO-SPORTIVE ORGANIZZATE DAGLI ORGANI SCOLASTICI NELL'AMBITO DELLE ATTIVITA' PARASCOLASTICHE;
- o GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI – FASI PROVINCIALI E REGIONALI;
- o MANIFESTAZIONI SPORTIVE INSERITE NEL P.O.F.

Al fine di consentirgli detta pratica sportiva si ha la necessità di acquisire la certificazione medica attestante il suo stato di buona salute. Si chiede, pertanto, che l'alunno venga sottoposto a visita medica gratuita, che, ai sensi del D.M. 28/02/1983 – art. 2 – 1° comma e D.P.R. 270 e 272 del 28/07/2000 (G.U.del 2/10/2000) deve avvenire preventivamente alla pratica di detta attività.

Timbro della Scuola
(in originale)

Il Dirigente Scolastico
IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof.ssa Claudia Prosperoni
firma in originale
Claudia Prosperoni

SI CERTIFICA CHE

Cognome _____ Nome _____

nato a _____ il _____

residente a _____ CF _____

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, risulta in stato di buona salute e non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività e manifestazioni sportive non agonistiche, organizzate dal Liceo Scientifico Statale "P. Ruffini" di Viterbo.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio ed è valido esclusivamente per il solo uso scolastico

.....li,.....

Il Medico

(timbro e firma)