



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO - UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO

ISTITUTO COMPRENSIVO **ALBANO – LOC. CECCHINA** RMIC8AY002

Piazza XV Aprile, s.n.c. - 00041 Albano Laziale (RM) – Tel. 06/9340.133

Cod. Fis. 90049380588 - Codice univoco per fatturazione UFKMHQ

e-mail: rmic8ay002@istruzione.it – PEC: rmic8ay002@pec.istruzione.it - www.icalbanocecchina.edu.it

Albano Laziale, 26/03/2026

Al Sito dell'istituto
(www.icalbanocecchina.edu.it)

Ai docenti

Ai genitori interessati

Oggetto: 379 – GENITORI – produzione di certificazione medica per attività non agonistica - PRECISAZIONI.

Prendendo atto di alcune incertezze sulla materia delle certificazioni, si rende opportuno operare alcune precisazioni:

- gli alunni che sono già in possesso di **certificazione medica per attività agonistica** (ovviamente, già redatta con elettrocardiogramma), non devono produrre alta documentazione ma consegnare tale certificazione all'insegnante di classe;
- gli alunni che sono già in possesso di **certificazione medica per attività non agonistica** (ma con elettrocardiogramma), non devono produrre alta documentazione ma consegnare tale certificazione all'insegnante di classe;
- tutti gli altri alunni – sprovvisti di ogni documento – realizzano le indicazioni del modulo allegato alla circolare del 17/2/2026, che ad ogni buon conto si riporta di seguito.

A cura di: Dirigente Scolastico

Allegati:

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(Prof. Antonio DRAISCI)



*Firma autografa
sostituita a mezzo stampa
ai sensi e per gli effetti
del DLgs n. 39/93 art. 3 c. 2.*

----- ✂ -----

Il Dirigente Scolastico Prof. Antonio Draisci dichiara che l'alunn_____ frequentante la classe _____ sezione _____ del plesso _____, nat_____ a _____ (provincia o Stato _____) il ____ / ____ / _____ nell'ambito delle attività ludiche o sportive inserite da questo Istituto nel Piano dell'offerta formativa a.s. 2025-2026, parteciperà alla manifestazione *Il più veloce di Albano* del 13/4/2026. Per tale motivo chiede al medico curante - come previsto dal Decreto Ministero della Salute dell'8/8/2014 *Linee guida di indirizzo in materia di certificati medici per l'attività sportiva non agonistica* - un certificato ai fini assicurativi di buona salute per attività sportiva non agonistica.

Certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva di tipo non agonistico

Sig.ra _____ / Signor _____, nat_____ a _____ (provincia o Stato _____) il ____ / ____ / _____ e residente a _____ (Roma) in via _____ n. _____.

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.

Data, ____ / ____ / _____

Timbro e firma del medico _____

Si rilascia il presente certificato per uso scolastico prodotto in forma gratuita.