



ISTITUTO TECNICO COMMERCIALE STATALE  
"GINO ZAPPA"

Via Achille Grandi, 4 - 21047 Saronno (VA)  
Telefono: 02 960 31 66 - Fax: 02 967 014 31  
Cod.Univ.Uff.: UFMUGQ - Cod.Fisc.: 94000170129 - Cod.Meec.: VATD08000G  
E-mail: [vatd08000g@istruzione.it](mailto:vatd08000g@istruzione.it) - PEC: [vatd08000g@pec.istruzione.it](mailto:vatd08000g@pec.istruzione.it)  
Sito web: [www.itczappa.edu.it](http://www.itczappa.edu.it)



**RICHIESTA DI RILASCIO DEL CERTIFICATO DI IDONEITA' ALL'ATTIVITA' SPORTIVA NON AGONISTICA PRESENTE NEI PROGETTI DEL PTOF CURRICOLARI ED EXTRACURRICOLARI.**

Ai sensi del D.M. 08/08/2014

A.S. \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Prot. nr.                    /IV8

Saronno,

Alla c.a del MEDICO CURANTE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (GG/MM/AAA), iscritto/a per il

corrente anno scolastico all'ITCS G. Zappa

**CHIEDE**

Di poter sottoporre il/la proprio/a figlio/a a visita medica per il rilascio del **certificato di idoneità alla pratica sportiva non agonistica per attività parascolastica**, di cui al D.M. SANITA' del 08/08/2014.

Data \_\_\_\_\_

Firma\* \_\_\_\_\_

Genitore / Tutore

**\*N.B.: In caso di studente maggiorenne la richiesta va sottoscritta dallo stesso.**

A cura della Direzione:

Il dirigente Scolastico attesta che questo Istituto ha deliberato, nell'ambito del PTOF, l'attività parascolastica e complementare di avviamento alla pratica sportiva per la quale è stata presentata istanza di partecipazione per l'alunno soprascritto.



Il Dirigente Scolastico  
Ing. Elena Maria D'Ambrosio

*Elena Maria D'Ambrosio*