



ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE
"MANLIO DE VIVO"

SAIS02800B San marco di Castellabate (sa)
Via C. Mazzarella

Sezioni Associate:

"I.P.I.A. M. DE VIVO" SARI028024 San Marco di C/te Tel 0974/966243 – FAX 0974/968705
"ISTITUTO TECNICO NAUTICO" SATH028001B Castellabate Tel/Fax 0974/966251– 0974/968705
"I.P.I.A. M. DE VIVO" SARI028013 Agropoli Viale Kennedy Tel/Fax 0974/824961 C.F 90000210659
www.ipiadevivo.it Email sais02800b@istruzione.it – istituto.manliodevivo@virgilio.it

ANNO SCOLASTICO 2010-2011

PARTE "A" – riservata alla Scuola

Io sottoscritto, Dirigente scolastico dell' **I.I.S. "M. De Vivo"**
atteso quanto previsto dal D.M. 28.02.83 sull' attività sportiva non agonistica, richiedo la
certificazione medica relativa allo studente _____
iscritto e frequentante questo Istituto, che partecipa alle attività di educazione fisica della scuola.
In fede.

Data _____

Il Dirigente Scolastico
Prof.Ing. Gesu C. Pesca

PARTE "B" – riservata al medico

CERTIFICATO DI BUONA SALUTE

COGNOME _____ NOME _____

RESIDENTE A _____ VIA _____

NATO A _____ IL _____

Il soggetto, sulla base della visita da me effettuata, risulta in stato di buona salute e non
presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività non agonistiche.
Il presente certificato ha validità annuale dalla data di rilascio.

Data _____

Il Medico
