



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA  
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE DELLA CAMPANIA  
**DIREZIONE DIDATTICA STATALE SCAFATI I**

Via S. Antonio Abate 84018 - SCAFATI - Telefono e Fax 0818631737  
e-mail: [sae16100t@istruzione.it](mailto:sae16100t@istruzione.it)  
pec: [sae16100t@pec.istruzione.it](mailto:sae16100t@pec.istruzione.it) sito web: <http://www.1circoloscafati.gov.it>  
C.M. SAEE16100T - C.F. 80033520653

Scafati \_\_\_\_\_

**OGGETTO:** Richiesta di Certificato di Stato di Buona Salute di cui al Disegno di Legge approvato del 07.08.2013

Il 1° CIRCOLO SCAFATI con sede in Scafati via S. Antonio Abate n°10  
chiede

per il proprio alunno/a \_\_\_\_\_ nato/a a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_, il Certificato di  
Stato di Buona Salute di cui al Disegno di Legge approvato il 07/08/2013 per la pratica di  
attività sportiva non agonistica svolta a scuola.



Il Dirigente Scolastico  
Dott.ssa Maria d'Esposito

Firma autografa omessa ai sensi  
dell'art.3 del D.Lgs n.39/1993

REGIONE CAMPANIA ASL SA 1

**Certificato di Stato di Buona Salute**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a  
\_\_\_\_\_ n. iscrizione al S.S.N. \_\_\_\_\_

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 sportiva non agonistica svolta a scuola.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

Timbro e Firma del medico