

 Provincia Autonoma di Trento	Provincia Autonoma di Trento Dipartimento Istruzione e Cultura Servizio Istruzione Coordinamento attività sportive	
		

MODELLO DI CERTIFICAZIONE “B/1” - CATEGORIA OPEN

ISTITUTO _____ **INDIRIZZO** _____

PROVINCIA TRENTO **COMUNE** _____

tel _____ **fax** _____ **e-mail** _____ **@** _____

LOCALITÀ PIETRAMURATA **DATA** 27-28 FEBBRAIO 2024

FASE: distrettuale provinciale regionale interregionale

CS

CS

1° grado

2° grado

	Tipologia	Cognome	Nome	Data di nascita (gg/mm/aaaa)		
1	Femminile					
2						
3						
4						
5						
6						
1	Maschile					
2						
3						
4						
5						
6						

LA CERTIFICAZIONE DI DISABILITA' E' AGLI ATTI DELL'ISTITUTO

Accompagnatori:

			Cognome	Nome
1	Prof.ssa	Prof.	_____	_____
2	Prof.ssa/Sig.ra	Prof./Sig.	_____	_____

Il Dirigente Scolastico con la presente dichiara:

- a) di aver acquisito dai genitori/tutori (o dall'interessata/o se maggiorenne) il consenso per la partecipazione delle/gli alunne/i inserite/i nell'elenco in veste di atlete/i ai Campionati Studenteschi;
- b) le/gli alunne/i inserite/i nell'elenco conoscono e sanno rispettare il regolamento generale dei Campionati Studenteschi;
- c) di aver acquisito dai genitori/tutori (o dall'interessata/o se maggiorenne) il consenso ad utilizzare fotografie e video a scopi giornalistici;
- d) di aver acquisito dai genitori/tutori il consenso al trattamento dei dati personali secondo quanto previsto dal Regolamento UE 679 del 2016, compresa la redazione e la pubblicazione delle classifiche, e di aver consegnato l'informativa preventiva;
- e) che tutte/i le/gli alunne/i in elenco sono iscritte/i e frequentanti la scuola e sono state/i sottoposte/i e giudicate/i idonee/i a visita medica non agonistica ai sensi della **Legge n. 125 del 30 ottobre 2013 – decreto ministro della salute 8 agosto 2014.**

DATA:

.....

In fede

Timbro e firma del Dirigente Scolastico