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

MODELLO DI CERTIFICAZIONE "B/1" -SCACCHI

ISTITUTO _____ **INDIRIZZO** _____

PROVINCIA TRENTO **COMUNE** _____

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

LOCALITÀ TRENTO **DATA** 26 MARZO 2024

FASE: distrettuale ☐ **provinciale** ☒ **regionale** ☐ **interregionale** ☐

DISCIPLINA: SCACCHI ☐

CS
Scuola primaria ☐

CS
1° grado
categoria unica ☐

CS
2° grado
Allieve-i ☐
Juniores F-M ☐

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

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