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

MODELLO DI CERTIFICAZIONE "B/1"

ISTITUTO _____ **INDIRIZZO** _____

PROVINCIA TRENTO **COMUNE** _____

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

LOCALITÀ TRENTO **DATA** _____

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

DISCIPLINA: BASKET TOP CLASS **CS 2° grado** ☐

	Cognome	Nome	Data di nascita		

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 il consenso per la partecipazione dei minori in veste di atleti 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 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 tutti gli alunni in elenco sono iscritti e frequentanti la scuola e sono stati sottoposti e giudicati idonei 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