

 Provincia Autonoma di Trento	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** 24 NOVEMBRE 2025

FASE: distrettuale ☐ provinciale ☒ regionale ☐ interregionale ☐

DISCIPLINA: TENNISTAVOLO **CAT. UNICA FEM** ☐ **CAT. UNICA MAS** ☐ **CS 1° grado** ☒

Cognome		Nome	Data di nascita (gg/mm/aaaa)		

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