

 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** 29 NOVEMBRE 2025

FASE: distrettuale ☐ provinciale ☒ regionale ☐ interregionale ☐

DISCIPLINA: TENNISTAVOLO

ALLIEVE ☐ **ALLIEVI** ☐

JUNIORES F ☐ **JUNIORES M** ☐

CS 2° grado ☒

	Cognome	Nome	Data di nascita (gg/mm/aaaa)		
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

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