



Provincia Autonoma di Trento
Dipartimento Istruzione e Cultura
Coordinamento attività sportive



MODELLO DI CERTIFICAZIONE “B/1”

ISTITUTO _____ INDIRIZZO _____

PROVINCIA TRENTO COMUNE _____

tel _____ fax _____ e-mail _____ @ _____

LOCALITÀ PREDAZZO DATA 20 APRILE 2020

FASE: distrettuale ☐ provinciale ☒ regionale ☐ interregionale ☐

DISCIPLINA: TRIATHLON/DUATHLON ALLIEVE ☐ ALLIEVI ☐
JUNIOR FEM ☐ JUNIOR MAS ☐ CS 2° grado ☒

	Cognome	Nome	Data di nascita (gg/mm/aaaa)		
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

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 (o dall'interessata/o se maggiorenne) il consenso al trattamento dei dati personali secondo quanto previsto dal Regolamento UE 679 del 2016, e di aver consegnato l'informativa preventiva nel caso di trattamento dei dati sensibili;
- 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