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 _____ **DATA** _____

FASE: distrettuale ☐ provinciale ☒ regionale ☐ interregionale ☐

DISCIPLINA: PALLAVOLO SELECTED **ALLIEVE ☐** **ALLIEVI ☐** **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					

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