**CAMPIONATI STUDENTESCHI 2015/2016**

MODULO B - ISCRIZIONI NAZIONALE PROMOZIONALE BEACH VOLLEY 2° GRADO

*(Iscrizione a cura del Dirigente Scolastico)*

Firenze 25-27.01.2017

**REGIONE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ COMUNE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**SCUOLA / ISTITUTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ INDIRIZZO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**TEL. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**SQUADRA**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **COGNOME** | **NOME** | **M / F** | **DATA DI NASCITA**  **(gg/mm/aa)** | | |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ACCOMPAGNATORI | | COGNOME e NOME | CELLULARE |
| 1 | Prof. /Prof.ssa |  |  |

*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) di conoscere e rispettare il regolamento generale dei Campionati Studenteschi;*

*c) di concedere l'autorizzazione a tutti gli enti sopra elencati ad utilizzare fotografie, nastri, video, immagini, per qualsiasi legittimo utilizzo senza remunerazione;*

*d) di aver acquisito dai genitori/tutori ( o dall’interessato se maggiorenne ) il consenso al trattamento dei dati personali secondo quanto previsto dal D.Lgs. 196/2003, e di aver predisposto l’informativa preventiva nel caso di trattamento dei dati sensibili;*

*e) che tutti gli alunni in elenco sono iscritti e frequentanti la scuola e sono stati sottoposti e giudicati idonei a visita medica agonistica ai sensi del D.M. 18.02.82. Gli alunni con disabilità iscritti sono in possesso dell’idoneità medica specialistica rilasciata ai sensi del D.M. 4/03/1993. Le relative certificazioni mediche di tutti gli alunni in elenco sono conservate agli atti dell’Istituto.*

*Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Timbro della scuola Il Dirigente Scolastico*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Il presente modulo, firmato in originale dal Dirigente Scolastico, deve essere presentato agli organizzatori della manifestazione unitamente ai documenti di riconoscimento.*

***Da inviare via mail ai seguenti indirizzi:***

[*toscana@edfisica.toscana.it*](mailto:toscana@edfisica.toscana.it)[*alessioferrini@akumaltravel.it*](mailto:alessioferrini@akumaltravel.it)