



Provincia Autonoma di Trento
Servizio infanzia e istruzione del primo grado
Ufficio istruzione del primo ciclo
Coordinamento attività sportive



MODELLO DI CERTIFICAZIONE “B/1”

ISTITUTO _____ INDIRIZZO _____

PROVINCIA _____ COMUNE _____

tel _____ fax _____ e-mail _____ @ _____

LOCALITÀ dell'EVENTO _____ TRENTO _____ DATA _____ 4 marzo 2016

FASE: distrettuale ☐ provinciale ☒ regionale ☐ interregionale ☐

DISCIPLINA SCACCHI ALLIEVE ☐ ALLIEVI ☐ GSS 2° grado ☒

Cognome		Nome		Data di nascita (gg/mm/aaaa)	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

Accompagnatori:

	Cognome	Nome
1	Prof.ssa _____ Prof. _____	_____
2	Prof.ssa/Sig.ra _____ Prof./Sig. _____	_____

Si dichiara che tutti gli atleti in elenco sono iscritti e frequentanti e sono stati sottoposti al controllo sanitario per la pratica di attività sportive **NON AGONISTICHE**

Legge n. 125 del 30 ottobre 2013 – decreto ministro della salute 8 agosto 2014

L'Istituto **ha acquisito** ☐ **non ha acquisito** ☐ le autorizzazioni per l'utilizzo istituzionale del materiale foto/video di gara.

DATA:

.....
In fede
Timbro e firma
del Dirigente Scolastico