* 1. **C.S.S. DI ORIENTEERING 2024/25 –**
	2. **STUDENTI CON DISABILITA’**
	3. **MODULO D’ISCRIZIONE**

da inviare entro e non oltre il giorno **8/04/2025** via mail all’indirizzo

* 1. **uef.to@istruzione.it**

**La Scuola**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **con sede a** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Via** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Tel.** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **e-mail**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **COGNOME E NOME ATLETA** | **DATA DI NASCITA** | **SESSO** | **CAT.****DISABILITA’**DIR, C21, HF,HS, B1, IPV |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **COGNOME NOME TUTOR** |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Il Dirigente Scolastico con la presente dichiara:

- che gli studenti in elenco sono in possesso del certificato di idoneità all’attività sportiva non agonistica, e giudicati idonei, ai sensi del D.M. 24.04.2013 modificato dall’art. 42 bis della L. 9 agosto 2013 n. 98 di conversione del D.L. n. 69/2013 e nota esplicativa Ministero della Salute prot. n° 1142P del 01/02/2018;

- di aver acquisito dai genitori/tutori il consenso al trattamento dei dati personali secondo quanto previsto dal Regolamento UE 679 del 2016

IL DOCENTE ACCOMPAGNATORE IL DIRIGENTE SCOLASTICO

NOME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_