

Al Dirigente scolastico  
dell' I.I.S. "Luigi Einaudi"  
Siracusa

**Oggetto: Richiesta di partecipazione alla sperimentazione didattica studente-atleta di alto livello per l'a.s. 2023-2024**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

ai sensi della nota MIUR DGSIP 4 ottobre 2019, prot. 4322 (barrare le caselle di interesse)

- che il/la proprio/a figlio/a sia ammesso a partecipare al programma sperimentale rivolto al supporto dei percorsi scolastici degli studenti-atleti di alto livello;

Allo scopo

- dichiara di aver compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali presente nella sezione Privacy del sito web della scuola e che tali dati verranno trattati esclusivamente per le finalità istituzionali strettamente inerenti alla sperimentazione didattica studente-atleta, consapevole che il mancato conferimento di fatto impedirebbe l'erogazione del servizio da parte dell'istituzione scolastica. Ai sensi della vigente normativa ed in particolare degli articoli 15-22 e 77 del RGPD UE 2016/679, ha sempre il diritto di esercitare la richiesta di accesso e di rettifica dei suoi dati personali, il diritto a richiedere l'oblio e la limitazione del trattamento, ove applicabili e ha sempre il diritto di revocare il consenso e proporre reclamo all'Autorità Garante
- allega la certificazione attestante i requisiti di ammissione rilasciata dagli Organismi Sportivi competenti con riferimento a ciascuna casistica come richiesto dall'allegato 1;
- comunica i seguenti dati necessari per l'iscrizione alla sperimentazione

Tipo di domanda Nuova  Rinnovo

Nome e Cognome Studente \_\_\_\_\_

Codice fiscale Studente \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_

Indirizzo Scolastico Liceo Scientifico  Liceo Scientifico Scienze Applicate  I.T.CAT

Studente maggiorenne  Studente minorenni

Cognome e nome di entrambi i genitori

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sport praticato \_\_\_\_\_

Requisiti (come da Allegato 1) 1  2  3  4  5

Soggetto certificatore \_\_\_\_\_

Nome e cognome Tutor sportivo \_\_\_\_\_

Email Tutor sportivo \_\_\_\_\_

Siracusa, \_\_\_\_\_

Firme genitori \_\_\_\_\_

Firma studente (*se maggiorenne*)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_