AL Dirigente Scolastico

Liceo Scientifico Statale “A. Labriola”

Via Capo Sperone 50, 00122 ROMA

**OGGETTO: Sperimentazione didattico sperimentale Studente- Atleta di alto livello- D.M. 10 Aprile 2018,**

**n.279 a.s. 2024/25**

**N.B. SCRIVERE IN STAMPATELLO**

Io sottoscritto/ \_\_\_\_\_\_\_\_ genitore dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_ frequentante la classe sez \_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDO**

che mio figlio/a venga inserito/a nel Progetto didattico Sperimentale Studente Atleta di Alto Livello perché in possesso dei requisiti di partecipazione previsti dal MIUR e documentati da certificazione rilasciata dagli Enti competenti.

**NOME E COGNOME DELLO STUDENTE ATLETA**

**CLASSE FREQUENTATA**

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

**LUOGO E DATA DI NASCITA**

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

**CODICE FISCALE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**SPORT PRATICATO**

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

**FEDERAZIONI DI APPARTENENZA**

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

**NOME E COGNOME TUTOR SPORTIVO ESTERNO**

**(Allenatore**)

**INDIRIZZO E-MAIL DEL TUTOR ESTERNO**

Mi riservo entro e non oltre il 10/12/2024 di perfezionare la domanda con il seguente documento

1. **CERTIFICAZIONE IN PDF DELLA LEGA O FEDERAZIONE DI APPARTENENZA,** consapevole che il Cdc fino a quel momento non potrà procedere alla strutturazione del PFP di mio/a figlio/a.

**ROMA**

**Firma del genitore**

**CARTA INTESTATA ENTE CERTIFICATORE (FEDERAZIONE)**

Su richiesta dell’interessato ai fini dell’adesione al progetto didattico sperimentale Studente- atleta di alto livello e sulla base dei requisiti sportivi indicati nell’allegato 1 alla nota di avvio del progetto per l’a.s. 2024/2025

SI CERTIFICA

che l’Atleta di seguito riportato/a soddisfa uno o più requisiti di ammissione al Progetto sperimentale Studente-Atleta (D.M. n. 43/2023), per l’anno scolastico 2024-2025;

COMITATO SPORTIVO DI RIFERIMENTO CONI CIP

DISCIPLINA /SPECIALITA’SPORTIVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ATLETA** | | | | | **TUTOR SPORTIVO** | | |
| Cognome | Nome | Luogo di nascita | Data di nascita gg/mm/aa | **Requisito**  (indicare il numero/i e la specifica del  requisito) | Cognome | Nome | e- mail |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Data

FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE O SUO DELEGATO

Timbro Ente certificatore

**Il presente format deve essere:**

* + **trascritto su carta intestata dell’Ente certificatore;**
  + **firmato dal rappresentante legale o suo delegato;**
  + **munito del timbro dell’Ente certificatore;**

**scansionato se firmato in modalità autografa o olografa, ovvero firmato digitalmente**