



MINISTERO DELLA PUBBLICA ISTRUZIONE  
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO

**LICEO STATALE "SOCRATE"**

**classico-scientifico**

Via Padre Reginaldo Giuliani, 15 - 00154 - Roma - Distretto 19°

Tel. 06 121 125 465 E-mail: rmpc180004@istruzione.it

## **PROGETTO DIDATTICO STUDENTE ATLETA SOCRATE**

### **DOMANDA DI RICONOSCIMENTO DELLO STATUS DI STUDENTE ATLETA**

I sottoscritti genitori \_\_\_\_\_ (madre)

\_\_\_\_\_ (padre)

Tutore altro (specificare) \_\_\_\_\_

dell'alunna/o \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_ (cognome)

nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_ regolarmente iscritta/o per l'anno scolastico 2024/25

### **CHIEDE**

il riconoscimento dello status di studente atleta per la/il propria/o figlia/o quale **atleta agonista** iscritta/o alla società sportiva affiliata alle federazioni sportive nazionali o alle discipline sportive associate riconosciute dal CONI/CIP (allegato 1), denominata \_\_\_\_\_

Affiliata alla Federazione \_\_\_\_\_

Disciplina di riferimento \_\_\_\_\_

- di essere in possesso dei seguenti requisiti previsti nell'allegato 1:

punto 1 2 3 4 5 (barrare l'opzione corrispondente al requisito)

### **ALLEGA (obbligatoriamente)**

1. **Attestazione su carta intestata rilasciata esclusivamente dalla Federazione Sportiva / Comitato sportivo / Discipline Sportive Associate / Lega Professionistica di riferimento che indica i requisiti di ammissione al Progetto didattico Studente-Atleta Socrate e che **nomina** il referente progetto esterno (**Tutor Sportivo**)**

Sig./ra \_\_\_\_\_ MAIL \_\_\_\_\_

CELLULARE \_\_\_\_\_



MINISTERO DELLA PUBBLICA ISTRUZIONE  
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO

**LICEO STATALE "SOCRATE"**

**classico-scientifico**

Via Padre Reginaldo Giuliani, 15 - 00154 - Roma - Distretto 19°

Tel. 06 121 125 465 E-mail: rmpc180004@istruzione.it

2. **Calendario allenamenti e competizioni nazionali/internazionali** nell'a.s. in corso (modificabile durante l'anno previa comunicazione scritta 10 gg. prima dell'evento all'indirizzo istituzionale scolastico dei rispettivi coordinatori del Consiglio di Classe).

Data \_\_\_\_\_

*IN FEDE*

*(genitori o chi esercita potestà genitoriale)*

genitore 1 \_\_\_\_\_ genitore 2 \_\_\_\_\_

*(studente, se maggiorenne)* \_\_\_\_\_

**NEL CASO DI FIRMA DI UN SOLO GENITORE COMPILARE ANCHE LA PARTE SOTTOSTANTE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni mendaci, ai sensi della D.P.R. 245/2000, dichiara di aver effettuato la richiesta, in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi genitori.

Data \_\_\_\_\_

*IN FEDE*

\_\_\_\_\_