

ALLEGATO N. 6bis

TESSERAMENTO 2024
Modulo di scelta/accettazione del medico di fiducia
(sportivi professionisti NON atleti tesserati FCI)
di GS affiliati ad altra federazione nazionale)

Il sottoscritto nato a

il..... categoria Tessera FCI n.

Societàcell.....email.....

NOMINA

il Dottor..... scelto nell'ambito dei medici iscritti al
Ruolo dei Medici della FCI e tesserati per la stagione agonistica in corso, quale proprio medico di fiducia
per l'anno **2024**

Luogo e data

firma

PER ACCETTAZIONE il sottoscritto Dott..... iscritto
all'Ordine dei Medici di..... con n°e iscritto al Ruolo FCI
con n°..... cellulare..... mail.....

DICHIARA

- b) di non aver riportato condanne penali e/o sanzioni disciplinari di durata complessiva superiore a 12 mesi e/o condanne o sanzioni disciplinari per fatti di doping;
- b) di essere tesserato per la FCI per la stagione agonistica **2024**;
- c) di farsi garante della tutela della salute del Signor....., nonché della verifica del costante possesso della certificazione di idoneità all'attività sportiva non agonistica, rilasciata in base alle disposizioni del DM del 24 marzo 2013 e successivo DM del 8 agosto 2014, secondo il modello di cui all'allegato C dei suddetti decreti.

Luogo e data

firma