

ALLEGATO N. 6

**TESSERAMENTO 2025**  
**Modulo di scelta/accettazione del medico di fiducia**  
**(sportivi professionisti ATLETI tesserati FCI)**  
**di GS affiliati ad altra federazione nazionale)**

Il sottoscritto ..... nato a .....

il..... categoria ..... Tessera FCI n. ....

Società .....cell.....email.....

in base a quanto previsto dal comma 6 delle premesse delle Norme sulla Tutela della Salute della FCI approvate dal CF del 16 dicembre 2023.

**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 2025

*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**

- 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;
- di essere tesserato per la FCI per la stagione agonistica **2025**;
- di farsi garante della tutela della salute dell'atleta ....., nonché della verifica del costante possesso della certificazione di idoneità alla attività sportiva agonistica, rilasciata secondo quanto previsto dal decreto del Ministero della Sanità del 18 febbraio 1982, impegnandosi a vigilare sull'osservanza da parte dell'atleta di quanto previsto dalle Norme sulla Tutela della Salute della FCI. Tali Norme sono consultabili on line sul sito federale [www.feder ciclismo.it](http://www.feder ciclismo.it) alla voce Tutela della Salute, Regolamenti e leggi.

*Luogo e data*

*firma*