



## **RICHIESTA ISCRIZIONE RUOLO DEI MEDICI FCI**

Il Sottoscritto/a

Nato/a a

il

Residente in Via

n°

Cap

Città

Mail

Telefono Cellulare

con la presente chiede l'iscrizione al "Ruolo dei medici delle società sportive ciclistiche" di cui all'articolo 4 delle Norme sulla Tutela della Salute della FCI.

### **A TAL FINE, IN BASE ALLA LEGGE 15/1968 E SUCCESSIVO DPR 445/2000, DICHIARA**

- 1 di essere in possesso di laurea in Medicina e Chirurgia conseguita presso..... in data .....
- 2 di aver conseguito l'abilitazione professionale presso..... in data .....
- 3 di essere iscritto all'Ordine dei Medici di ..... dal..... con numero di tessera .....
- 4 di essere in possesso della specializzazione in Medicina dello Sport conseguita presso .....in data .....
- 5 di non aver riportato condanne penali e/o sanzioni disciplinari da parte della FCI di durata complessiva superiore a 12 mesi e/o condanne o sanzioni disciplinari per fatti di doping.

### **ALLEGA**

1 - n° 2 fotografie formato tessera

**Data**

**Timbro e Firma**