

## RICHIESTA DI CONVENZIONE

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ (Nome, Cognome),  
nato a \_\_\_\_\_ il (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_  
Legale Rappresentante della Struttura in Medicina dello Sport denominata  
\_\_\_\_\_  
Partita IVA/CF \_\_\_\_\_, con sede a \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_, in via \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_

### CHIEDE

che detta Struttura in Medicina dello Sport - che è in possesso di tutti i requisiti richiesti dalla FMSI, sia come struttura che come personale - venga convenzionata con la Federazione Medico Sportiva Italiana per concorrere alla realizzazione dei compiti istituzionali previsti dall'art. 2 dello Statuto Federale della FMSI.

Allega autocertificazione (Allegato D).

(Il Legale Rappresentante)

.....

Data,.....