

Al Presidente/Delegato Regionale FMSI

RICHIESTA DI CONVENZIONE

Il sottoscritto _____ (Nome, Cognome),

nato a _____ il (gg/mm/aaaa) _____

residente in _____ prov. _____ CAP _____

in via _____

tel. _____, e-mail _____

Legale Rappresentante dell'Ambulatorio Territoriale di Medicina dello Sport denominato

Partita IVA/CF _____, con sede in _____

prov. _____ CAP _____, in via _____

tel. _____, e-mail _____

CHIEDE

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

A tal fine, allega

- 1) dichiarazione resa con espressa assunzione di responsabilità ai sensi del DPR 445/2000 (Allegato D);
- 2) certificazioni e autorizzazioni di legge relative all'attività sanitaria svolta
- 3) planimetria della Struttura
- 4) elenco dei Medici Soci FMSI operanti nella SMS
- 5) dichiarazione etica d'impegno alla lotta al doping sottoscritta da ciascun Medico operante presso la SMS, oltreché dal Direttore Scientifico e Sanitario;
- 6) parere del Presidente AMS territorialmente competente (allegato E).

Il Legale Rappresentante

.....

Luogo _____, data __/__/_____