

Alla Segreteria Generale

**Federazione Medico Sportiva Italiana**

Viale Tiziano, 70

00196 Roma

**Oggetto: parere Convenzione/Affiliazione con Ambulatorio Territoriale di Medicina dello Sport**

Il sottoscritto Presidente/ Delegato Regionale \_\_\_\_\_, vista la documentazione prodotta dal Legale Rappresentante e/o dal Responsabile Sanitario dell'Ambulatorio Territoriale di Medicina dello Sport di \_\_\_\_\_, con la quale viene avanzata domanda di convenzionamento/affiliazione con la FMSI per il quadriennio olimpico 2021/2024, visto anche il parere del Presidente dell'AMSD di \_\_\_\_\_, dichiara sotto la propria responsabilità e in coerenza con l'art. 32 dello Statuto Federale di aver svolto verifiche circa il possesso da parte di detto Ambulatorio dei minimi requisiti di cui all'allegato A ("Principi Informatori") e B ("Requisiti minimi") per la Convenzione/Affiliazione tra la FMSI e le APMS.

Poiché il suddetto Ambulatorio Territoriale di Medicina dello Sport **risulta / non risulta** in possesso di tutti i requisiti prescritti, esprime parere **favorevole / non favorevole** alla instaurazione della Convenzione/Affiliazione con la FMSI.

In fede.

IL PRESIDENTE C.R. /DELEGATO REGIONALE FMSI

Firma

Luogo \_\_\_\_\_, data \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_