

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,.....