

**Al Presidente/Delegato Regionale FMSI**

**RICHIESTA DI CONVENZIONE**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ (Nome, Cognome),

nato a \_\_\_\_\_ il (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ , e-mail \_\_\_\_\_

Legale Rappresentante dell'Ambulatorio Territoriale di Medicina dello Sport denominato

\_\_\_\_\_

Partita IVA/CF \_\_\_\_\_ , con sede a \_\_\_\_\_

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 concorrere alla realizzazione dei compiti istituzionali previsti dall'art. 2 dello Statuto Federale della FMSI.

Allega autocertificazione (Allegato D).

Il Legale Rappresentante

.....

Data,.....