

Alla Segreteria Generale
Federazione Medico Sportiva Italiana
Viale Tiziano, 70
00196 Roma

Oggetto: parere Convenzione 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'aspirante Ambulatorio Territoriale di Medicina dello Sport di _____, con la quale viene avanzata domanda di convenzionamento con la FMSI per il quadriennio olimpico 2017/2020, visto anche il parere del Presidente dell'AMS di _____, dichiara sotto la propria responsabilità ed 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 Informativi") e B ("Requisiti minimi") per la Convenzione/Affiliazione tra la FMSI e le APMS.

Poiché il suddetto aspirante 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 con la FMSI.

In fede.

IL PRESIDENTE C.R. / DELEGATO REGIONALE FMSI

Firma

Luogo, data