

# ELENCO DOCUMENTI PER TESSERAMENTO SOCIO ORDINARIO

Modulo F52, rev. 7 –25/05/2018



1. Domanda di tesseramento indirizzata al Presidente dell'Associazione Medico Sportiva Dilettantistica territorialmente competente (rif. modello **FMSI\_F052** Domanda di Tesseramento Socio Ordinario FMSI), completa delle dichiarazioni in ordine a quanto prescritto dallo Statuto Federale e dal Regolamento allo Statuto e corredata della scheda personale debitamente compilata in ogni sua parte e firmata da parte del Presidente della AMS di riferimento;
2. Curriculum Vitae;
3. Documento comprovante la Specializzazione in Medicina dello Sport;
4. Certificato di iscrizione all'Ordine dei Medici (in data non antecedente a tre mesi);
5. Lettera di presentazione di almeno tre Soci Ordinari tesserati FMSI in possesso dei requisiti di cui all'Art. 3.12, lett. a) dello Statuto ovvero all'Art. 6.9 del Regolamento allo Statuto, di cui:
  - un tesserato dell'AMS a cui l'aspirante Socio intende iscriversi;
  - un componente del Consiglio Direttivo della predetta AMS;
  - un componente del Consiglio Direttivo Federale;
6. Nr. 2 fotografie formato tessera;
7. Ricevuta di avvenuto pagamento della quota di tesseramento federale (Euro 100,00 da versare sul C/C postale n.32461006 intestato alla FMSI ovvero tramite bonifico bancario sul C/C della FMSI con codice IBAN IT43K0306903315100000006571).

# DOMANDA TESSERAMENTO SOCIO ORDINARIO

Modulo F52, rev. 7 – 25/05/2018



Al Presidente dell'Associazione  
Medico Sportiva Dilettantistica di

---

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il gg \_ mm \_ aaaa C.F. \_\_\_\_\_

## CHIEDE

di essere tesserato alla Federazione Medico Sportiva Italiana in qualità di **SOCIO ORDINARIO**

A tal fine, allega quanto prescritto dallo Statuto Federale e dal Regolamento allo Statuto e

## DICHIARA

- di aver preso visione dello Statuto Federale e del Regolamento allo Statuto e di osservare le disposizioni ivi contenute, con particolar riferimento ai diritti e doveri del tesserato ed ai principi di giustizia sportiva;
- di aver orientato e proseguire a indirizzare la propria condotta di vita ai valori dell'onestà, dell'integrità, della probità, della lealtà, della correttezza, della dignità e della giustizia, nonché al rispetto di tutti quei principi, anche etici e morali, che devono contraddistinguere il comportamento dell'iscritto alla FMSI;
- di non abusare della qualifica che acquisirà per trarne privilegi e/o vantaggi, patrimoniali e non patrimoniali, e rifiutare ogni logica di scambio e/o indebite pressioni da parte di chiunque;
- ai sensi dell'Art.46 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di procedimenti incidenti sulla moralità professionale ovvero procedimenti, anche sportivi, per reati di doping e/o frode sportiva resi anche in primo grado;
- di non esercitare in proprio attività né di essere iscritto ovvero di iscriversi a un ente con finalità e compiti concorrenti e/o in contrasto con quelli della FMSI;

## DICHIARA

- altresì, di aver preso visione dell'**informativa** rilasciata dalla **FMSI**, ai sensi dell'Art.13 del **Regolamento Europeo 679/2016**, e di **acconsentire al trattamento dei propri dati personali**, per quelle finalità il cui fondamento giuridico è il consenso.

## DICHIARA

- infine, di essere consapevole che, in caso di dichiarazioni mendaci o non veritiere rilasciate nel contesto della presente domanda e nei documenti ad essa allegati, incorrerà nelle sanzioni penali previste dall'Art.76 del DPR n.445/2000, oltreché decadere dai benefici conseguenti il provvedimento emanato in base alle dichiarazioni non veritiere.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

# DOMANDA TESSERAMENTO SOCIO ORDINARIO

Modulo F52, rev. 7 - 25/05/2018



## ASSOCIAZIONE MEDICO SPORTIVA DILETTANTISTICA

DI \_\_\_\_\_

<b>Cognome</b>		<b>Nome</b>	
<b>Luogo di nascita</b>		<b>Data di nascita</b>	
<b>Codice fiscale</b>			
<b>CAP</b>		<b>Città</b>	
<b>Indirizzo</b>			
<b>Telefono</b>	<b>Cellulare</b>		<b>Fax</b>
<b>e-mail</b>			
<b>Anno di Laurea</b>		<b>Università</b>	
<b>Ordine dei Medici</b>			<b>Nr. Tess</b>
<b>Specializzazione in MdS</b>	<b>Anno</b>	<b>Università</b>	
<b>Altre Specializzazioni</b>			
<b>Docenze</b>			
<b>Titoli di carriera universitari e/o ospedalieri</b>			
<b>Collaborazioni presso Centri Medico-Sportivi</b>	<b>dal</b>		<b>al</b>
<b>Medico di Società Sportiva</b>	<b>dal</b>		<b>al</b>
<b>Medico Scolastico</b>	<b>dal</b>		<b>al</b>

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Firma del Presidente AMS \_\_\_\_\_