

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 o tramite bonifico bancario sul C/C della FMSI con codice IBAN IT55F0311103256000000019770).

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 _____

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

Data _____

Firma _____

Firma del Presidente AMS _____