



Federazione
Motociclistica
Italiana

MODULO A

Modulo di partecipazione allo svolgimento del Primo Corso di Formazione dei Medici di Gara

GENERALITA'

COGNOME	
NOME	
LUOGO e DATA DI NASCITA	
CODICE FISCALE	
INDIRIZZO di RESIDENZA	
CAP	
CITTA' - PROVINCIA	
CELLULARE	
MAIL	

Il sottoscritto _____

Ai sensi di quanto previsto dall'art. 3 comma 2 del *"Regolamento ed Istituzione dell'Elenco Ufficiale dei Medici di Gara della FMI"*, dichiara, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali richiamate dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28/12/2000 n.445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui al citato articolo - ai sensi e per gli effetti dell'art 47 del D.P.R. 445/2000 - di:

- ☐ aver conseguito la Laurea in Medicina e Chirurgia
- ☐ essere iscritto presso l'Ordine dei Medici di _____ tessera n. _____
- ☐ essere in possesso dell'iscrizione alla FMSI Tessera n. _____
- ☐ aver conseguito la/e seguente/i specializzazione/i in:
 - ☐ traumatologia
 - ☐ ortopedia
 - ☐ medicina dello sport
 - ☐ anestesia e rianimazione
 - ☐ altro (specificare) _____



**Federazione
Motociclistica
Italiana**

☐ di aver già prestato assistenza in occasione delle seguenti manifestazioni motociclistiche:

Manifestazione sportiva	Località	Data

Note ed eventuali informazioni aggiuntive:

--

In fede

Data:

Firma:_____

Allegare un documento di identità.