



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 prestatato 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.*